

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA
“San Vicente Mártir”

***“Eficacia de la intervención temprana con Terapia
Cognitiva Conductual en personas con Incapacidad
Temporal con Trastornos Mentales Comunes”***

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

D^a Sandra Alonso Guillen

Dirigida por:

Dr. José Heliodoro Marco Salvador

Dr. Joaquín Andani Cervera

2017

A mi familia y en especial a mi marido y mis hijas que hacen que yo pueda brillar.

Agradecimientos

Durante toda mi experiencia como doctoranda he tenido muy presente a gente muy dispar. Me ha venido a la cabeza profesores que tuve en primaria y en el instituto, que de una manera u otra han marcado mi actitud delante de un libro. Es curioso como los recuerdos que tengo más presentes han sido los más difíciles. Han marcado para bien, lo que soy ahora. Supongo que los retos son lo que nos hacen avanzar y tomar el camino menos fácil.

Ha sido necesario el apoyo de mucha gente, personas del entorno académico, laboral y de mi entorno más cercano y familiar.

En primer lugar quisiera agradecer a mis directores de Tesis, el Dr. José Heliodoro Marco Salvador y el Dr. Joaquín Andani Cervera, por su empeño y dedicación durante todo este tiempo. Su ayuda ha sido de incuestionable valor para mí, han sabido ver en mí lo que yo todavía no veía. Gracias.

Agradezco también a todos los psicólogos que han colaborado en este proyecto y me ha ayudado a recoger la muestra necesaria para elaborar la investigación. De la misma manera, agradezco a las personas que desinteresadamente han rellenado los cuestionarios y han permitido que sus datos sean investigados para esta tesis.

A mis compañeros de trabajo y amigos que se han interesado pero que también me han ayudado en la realización de este trabajo. Agradezco esas palabras de ánimo y momentos de escucha que tanto me han reconfortado.

A mis padres Jaime y Maite, que han dedicado muchos años de su vida a cuidarme y luego, a cuidar de mis hijas mientras yo estaba estudiando. Me han enseñado que las cosas se consiguen poco a poco, que nada pasa por azar y que todas las experiencias me ayudan a ser lo que soy.

A mi hermana Maite, porque continuamente ha estado dándome ánimo. Ha confiado en mí desde el primer día y me ha ayudado a creer que podía hacerlo. Gracias por tus revisiones del texto y por tus continuas muestras de apoyo.

A mi marido Alberto, mi amor, mi guía, mi apoyo. Me has dado tu vida, tu tiempo, tu amor. He notado tu apoyo más allá de lo que era visible. Has estado a mi lado siempre. Me has confortado en los momentos más duros de maneras tan diferentes, que creo, que no has sido ni consciente de ello. Nunca juzgando, siempre comprendiendo. Por esto y por mucho más, te quiero.

A mis hijas, Irene y Vega, que sin darse cuenta me han dado energías para continuar. He añorado el tiempo que no os he podido dedicar durante estos tres años y he sentido que me olvidaba de mi propósito como madre. A la larga he ido convenciéndome que para vosotras también era una gran experiencia. Me gusta pensar que quizás, cuando seáis mayores, podáis entender esta lección de vida: “nunca es tarde para empezar algo nuevo y merece la pena seguir aprendiendo”. Confío en que os sintáis orgullosas de mi algún día.

Gracias de todo corazón.

Índice

Índice

Lista de tablas y figuras	XI
Abreviaturas y acrónimos	XIII
Resumen	XVII
I. Introducción	1
1. Incapacidad Temporal por Contingencia Común (ITCC)	1
1.1. Definiciones y marco conceptual.	1
1.2. Gestión de las prestaciones.	2
1.3. Sistemas de información y tiempos estándar.	2
1.4. Las Mutuas.	4
2. Los trastornos mentales	5
2.1. Los trastornos mentales en población general.	5
2.2. Los Trastornos Mentales en población laboral.	7
2.3. Razones para reducir la ITCC en Trastornos Mentales.	10
a) Razones para el trabajador.	10
b) Razones para la empresa.	11
c) Razones para la sociedad.	11
3. Factores relacionados con el retorno al trabajo en ITCC en personas con trastorno mental	14
3.1. Factores individuales.	15
a) Género.	15

b) <i>Edad.</i>	16
c) <i>Estado Civil.</i>	16
d) <i>Factores económicos.</i>	17
e) <i>Expectativas del trabajador sobre su curación.</i>	17
a) <i>Sistema sanitario.</i>	20
b) <i>Lugar de residencia: Rural o Urbano.</i>	20
c) <i>Nivel de estudios o clase social.</i>	20
3.3. Factores laborales.	22
a) <i>Prestación de Incapacidad Temporal.</i>	23
b) <i>Sobrecarga en el trabajo.</i>	23
c) <i>Amenaza de desempleo.</i>	23
d) <i>Estructura organizacional y tamaño de empresa.</i>	24
e) <i>Apoyo del supervisor y de la empresa.</i>	24
a) <i>Comorbilidad.</i>	27
b) <i>Gravedad de los síntomas.</i>	27
c) <i>Comunicación entre profesionales.</i>	28
d) <i>Tratamientos previos recibidos.</i>	28
e) <i>Infra tratamiento.</i>	29
4. Demora en la derivación al tratamiento: Un factor relacionado con el tratamiento importante en la reducción del tiempo de RTW	31
4.1. Derivación.	31

4.2. Derivación temprana como variable moduladora de la baja: diferentes experiencias.	35
a) Tratamiento por médicos de Atención Primaria.	35
b) Tratamiento por médicos del Trabajo.	36
c) Tratamiento por médicos de seguros.	37
d) Tratamiento por médicos especialistas en Psiquiatría.	37
e) Tratamiento por Psicólogos.	38
5. Trastornos Mentales Comunes	40
5.1. Descripción de los diferentes trastornos mentales.	40
a) Trastorno depresivo mayor 296.xx (F32.x).	40
b) Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) 300.4 (F34.1).	42
c) Fobia específica 300.29 (F40.248).	43
d) Agorafobia 300.22(F40.00).	44
e) Trastorno de pánico 300.01 (F41.0).	45
f) Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (F41.1).	47
g) Trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10).	48
h) Trastorno de estrés agudo 308.3 (F43.0).	51
i) Trastorno de adaptación 309.X (43.x).	54
5.2. Eficacia de la TCC para los Trastornos Mentales Comunes.	55
6. Resumen de los antecedentes	57
II. Marco Experimental	61
1. Objetivos	61

1.1. Objetivo Principal	61
1.2. Objetivos específicos.	61
2. Hipótesis	62
3. Método	62
3.1. Procedimiento.	62
<i>Procedimiento estadístico.</i>	67
3.2. Instrumentos.	68
a) “Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV”.	68
b) “Inventario de depresión de Beck-II”.	68
c) “Inventario de Ansiedad” de Beck (BAI).	69
d) <i>Escala de Afecto Positivo y Negativo</i> (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).	70
3.3. Muestra.	71
III. Resultados	81
3.1. Hipótesis 1.	81
3.2. Hipótesis 2.	82
3.3. Hipótesis 3.	82
3.4. Hipótesis 4.	84
3.5. Hipótesis 5.	84
3.6. Hipótesis 6.	85
3.6.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI).	88
3.6.2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).	89
3.6.3. Escala de Afecto negativo y positivo (PANAS).	91

IV. Discusión	95
V. Conclusiones	111
VI. Apéndice.	115
Apéndice I. Aprobación del Comité Autnómico.	115
Apéndice II. Compromiso del investigador Colaborador.	118
Apéndice III. Protocolo para el investigador colaborador.	119
Apéndice IV. Batería de test aplicados.	123
Apéndice V. Cuestionario de Recogida de Datos.	127
Apéndice VI. Información para los participantes.	129
Apéndice VII. Consentimiento Informado	133
Apéndice VIII. Instrucciones para el paciente	135
VII. Referencias	139

Lista de tablas y figuras

Tabla o Figura	Descripción	Página
Tabla 1	Factores individuales que influyen en la duración de la ITCC en Trastornos Mentales Comunes.	19
Tabla 2	Factores sociales que influyen en la duración de la ITCC en Trastornos Mentales Comunes.	22
Tabla 3	Factores laborales que influyen en la duración de la ITCC en Trastornos Mentales Comunes.	26
Tabla 4	Factores Clínicos que influyen en la duración de la ITCC en Trastornos Mentales Comunes.	30
Tabla 5	Plazos temporales de derivación temprana según diferentes autores.	33
Tabla 6	Estudios que relacionan la derivación temprana y los Trastornos Mentales Comunes.	39
Tabla 7	Variables sociodemográficas de la muestra.	73
Tabla 8	Variables laborales de la muestra.	74
Tabla 9	Variables clínicas de la muestra.	76
Tabla 10	Duración media en días naturales de la demora en derivar según el diagnóstico.	82
Tabla 11	Duración en días naturales de los diferentes momentos temporales de la ITCC y número de sesiones según el tipo de derivación.	83
Tabla 12	Comparación de promedios según tipo de derivación de los valores iniciales de los parámetros.	85
Tabla 13	Diferencias de puntuaciones entre el pre y el post en los diferentes instrumentos utilizados.	87

Tabla 14	Tabla de contingencia BDI Post y BDI Pre.	88
Tabla 15	Tabla de contingencia BAI Post y BDI Pre.	91
Figura 1	Plazos temporales de las diferentes fases de la Incapacidad Temporal.	67
Figura 2	Distribución de la muestra en porcentajes por tipo de derivación.	77
Figura 3	Variaciones de grado en la Depresión tras el tratamiento.	89
Figura 4	Variaciones de grado en la Ansiedad tras el tratamiento.	90

Abreviaturas y acrónimos

Abreviaturas	Descripción
AMM	AMM Asociación Médica Mundial
AN	AN Afecto Negativo
AP	AP Afecto Positivo
AP	AP Atención Primaria
APA	APA Asociación Americana de Psicología
APVLP	Años potenciales de vida laboral perdidos
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
BDI-II	Inventario de depresión de Beck-II
CAEC	Comité Ético de Investigación Clínica
CI	Consentimiento Informado
CIE-9	Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión.
CNAE 2009	Clasificación Nacional de Actividades ,2009.
DE	Desórdenes Emocionales
ESEMeD	European Study of the Empidemiology of Mental Disorders
FC	Factores de corrección
GIA	Gatekeeper Improvement Act (Ley de Mejora de Gatekeeper)
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
IOM	Instituto de Medicina
IP	Incapacidad Permanente
IT	Incapacidad Temporal
ITCC	Incapacidad Temporal por contingencias comunes

NICE	Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica
PANAS	Escala de Afecto Positivo y Negativo (Positive and Negative Affect Scales de Watson, Clark y Tellegen)
PIB	Producto interior bruto
SNS	Sistema Nacional de Salud
TE	Tiempo estándar
WHO	World Health Organisation

Resumen

Resumen

Las Mutuas disponen de recursos especializados para valorar la Incapacidad de un trabajador que coge la baja por Contingencia Común por Trastornos Mentales Comunes y para ofrecer el tratamiento más adecuado, con tiempos de espera cortos, citas periódicas y profesionales especializados. Dentro del mundo laboral, tanto la frecuencia como la duración de los Trastornos Mentales son muy elevada y tienen un alto riesgo de incapacidad permanente y de recurrencia. Como consecuencia de esto, reducir el número de días que un trabajador permanece de baja por un problema de salud mental es un objetivo compartido por el propio trabajador, empresa y sociedad. La derivación temprana puede ser un gran aliado para reducir las consecuencias de una baja larga por Trastornos Mentales Comunes, y la intervención psicológica, en concreto la TCC se ha comprobado eficaz para reducir los síntomas y en ocasiones reducir el absentismo. No hemos encontrado trabajos que hablen de la intervención temprana con tratamiento psicológico realizado por psicólogos sanitarios con lo que pensamos que el nuestro es el primero.

Análisis: se ha usado el programa SPSS 23 y un nivel de significatividad del 5% ($\alpha=0.05$). Como técnica estadística se ha empleado el ANOVA de un factor con contraste post-hoc de Tukey, la Prueba T-student para muestras independientes, una ANOVA de medidas repetidas con un factor, la Prueba de simetría de Mc Nemar-Browker, y para valorar la fiabilidad de las mediciones utilizaremos el Alfa de Cronbach.

Resultados: Los participantes con un diagnóstico de trastorno mental que tuvieron una derivación temprana presentaron una derivación a tratamiento menor ($t(152.92) = -10.704$; $p<0.001$), una menor ITCC total que los participantes con una derivación tardía ($t(62.284) = -5.94$; $p=0.001$), un menor ITCC parcial ($t(50.89) = -2.87$; $p=0.006$) y un menor tiempo entre el alta psicológica y el alta laboral ($t(67.753) = -3.851$; $p=0.001$). Además pudimos ver que los

participantes con una derivación temprana presentaron aparentemente una duración de tratamiento y un número de sesiones de terapia menor que los participantes con una derivación tardía, aunque no alcanzó la significación estadística. También pudimos observar que la mejoría clínica observada después del tratamiento fue significativa en ambas condiciones de derivación y la demora en derivar al psicólogo no estuvo influenciada por el tipo de diagnóstico, ya que no se observaron diferencias significativas.

Conclusiones: Agilizar la gestión de las bajas y proporcionar acceso temprano a la Terapia Cognitivo Conductual impartido por psicólogos sanitarios reduce significativamente los síntomas clínicos de los participantes y reduce significativamente la duración de las bajas por Contingencia Común.

Palabras clave

Derivación temprana, Incapacidad Temporal, Trastornos Mentales Comunes, Terapia Cognitivo Conductual, Psicólogos.

Introducción

I. Introducción

1. Incapacidad Temporal por Contingencia Común (ITCC)

1.1. Definiciones y marco conceptual.

En el ámbito laboral, cuándo un trabajador se encuentra limitado para su desempeño profesional por causa de enfermedad o accidente, se debe concretar el origen de mismo. Si esta etiología o contingencia se considera derivada de una enfermedad o accidente laboral se denomina contingencia profesional (CP). Si por el contrario la contingencia es de origen no laboral, un médico del Sistema Nacional de Salud certifica dicha incapacidad como contingencia común (CC). Ésta pérdida de capacidad puede ser de carácter transitorio si se prevé una recuperación funcional, cuyo periodo se denomina incapacidad temporal (IT), o si la limitación se considera definitiva, se denomina, incapacidad permanente (IP) (Benavides et al., 2010; INSS, 2015). Por lo tanto, la incapacidad temporal por contingencia común (ITCC) es una situación reconocida por nuestro sistema de Seguridad Social con el objetivo de proteger al trabajador de un problema de salud derivado de un accidente o enfermedad no laboral (Benavides et al., 2010; INSS, 2015). La duración máxima de esta situación es de 12 meses prorrogables por otros 6 cuando se presume que durante este periodo el trabajador pueda ser dado de alta médica por mejoría o curación (Ley 42/1994; Real Decreto Legislativo, 1994).

Conocemos por estudios que casi el 72% de los procesos de ITCC duran menos de cuatro semanas y de éstos, la mayoría (91.6%) se resuelven por curación. Pero si eliminamos las bajas cortas, de menos de 7 días, la cifra empeora y nos encontramos con que el 50% de los procesos se cierran entre la semana nueve y diez de la baja; y el 80% antes de los 6 meses (Vaquero Abellán et al., 2013). Otro dato conocido es que el 65% de los trabajadores

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

españoles faltó al menos un día a su trabajo por motivos de salud y la Asociación de Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social afirma que el 6,5% faltó durante todo un año (Villaplana García, Sáez Navarro, Meseguer de Pedro, & García-Izquierdo, 2015).

1.2. Gestión de las prestaciones.

La gestión de la ITCC depende mayoritariamente del Sistema Nacional de Salud (SNS) pero participan otros agentes directa o indirectamente como son el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social. La duración de la ITCC se calcula a partir de la diferencia entre la fecha de alta y la fecha de inicio de la baja más uno (Delclós et al., 2010) y se considera que al día siguiente del alta médica el trabajador vuelve a su trabajo para cumplir con la misma jornada laboral y las mismas funciones. Durante este periodo de ITCC el trabajador percibe una prestación sanitaria orientada a favorecer una recuperación funcional que le permita recuperar sus capacidades y aptitudes mediante la asistencia sanitaria pertinente, y una prestación económica orientada a suplir parte del salario que el trabajador deja de percibir por estar de baja (Navarro Peñalver, 2014; Real Decreto Legislativo 1/1994; Torá, 2013). En España, esta prestación económica de la IT, es de alrededor de un 6% de todo el presupuesto de la Seguridad Social y el 88% de dicho apartado corresponde a las contingencias comunes, es decir, enfermedad común y accidente no laboral (Vaquero Abellán et al., 2013).

1.3. Sistemas de información y tiempos estándar.

En España se publicó en el 2009 la primera lista de Tiempos Estándar (TE) de duración de la ITCC desde el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y sirve como referente para todo el personal sanitario (INSS, 2009). La introducción de los tiempos estándar de duración de la ITCC ha supuesto un cambio en el modelo de gestión y seguimiento, que permite

homogeneizar criterios en las actuaciones médicas de control y seguimiento (Álvarez-Barón, Basurte, Jiménez, & Zamora, 2010). El TE se define como “el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador”. Sin embargo, pueden existir factores dependientes del propio paciente o de la actividad laboral realizada que condicionan que el tiempo de recuperación funcional sea inferior o superior al TE definido. Estos factores son conocidos como factores moduladores o de pronóstico y pueden influir directamente en la duración de la ITCC (Álvarez Theurer, Llergo Muñoz, & Vaquero Abellán, 2009).

Por lo tanto, el dato único del TE resulta insuficiente dado que esta lista solo nos aporta como valor único la duración media por diagnóstico. Conocer los percentiles, medias y desviaciones típicas sería de gran utilidad ya que ayudaría a realizar predicciones y prever la evolución de la patología (Delclós et al., 2010). Determinar la duración promedio de un proceso de ITCC, en relación a la evolución de la enfermedad, y ver sus posibilidades de tratamiento y rehabilitación, contribuye a una adecuada gestión de la ITCC (Álvarez Theurer et al., 2009). Sin embargo, los tiempos estándar de IT publicados por el INSS, distan mucho de los encontrados en los estudios de campo (Enguita & Ramos, 2013). En esta guía, la mayoría de los trastornos de ansiedad deberían durar entre 20 y 30 días, los trastornos adaptativos unos 20 días y los trastornos de depresión leves o moderados entre 45 y 60 días.

Es muy importante tener buenos sistemas de información que nos ayuden a realizar los seguimientos de los episodios de ITCC (Delclós et al., 2010) debido a que ya existen estudios que muestran como el uso de estas herramientas junto con un programa de gestión y control

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

de la IT puede ayudar a reducir el absentismo laboral (Wendt, Tsai, Bhojani, & Cameron, 2010).

1.4. Las Mutuas.

En el año 1994 se adoptó una medida excepcional con la finalidad de controlar el incremento del gasto que esta prestación por ITCC estaba suponiendo. Se otorgó a las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social la potestad de gestionar los casos de la ITCC a partir del decimosexto día en aquellas empresas que voluntariamente así lo decidieran (Benavides et al., 2010). Desde entonces el Servicio Público de Salud Español y las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social aúnan esfuerzos para implementar y desarrollar estrategias terapéuticas que minimicen los casos y la duración de la ITCC con el fin último de la pronta recuperación del paciente así como su reincorporación laboral (Real Decreto Legislativo 1/1994).

Las Mutuas son asociaciones de empresarios de carácter voluntario que incluyen, recientemente también a trabajadores de cuenta propia o autónomos, cuyo principal objetivo es colaborar con la gestión de la Seguridad Social en la gestión integral de las contingencias profesionales, en la gestión de la prestación económica de las contingencias comunes y en la gestión de otras prestaciones, servicios y actividades que le han sido legalmente encomendadas. Están autorizadas y sometidas a auditorías por parte del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y carecen de ánimo de lucro, por lo que, si de su actividad y gestión hubiera excedentes pasaría a formar parte del Sistema de la Seguridad Social, y no de los socios (Navarro, 2014).

Es así como las Mutuas tienen la posibilidad de facilitar la adecuada reincorporación al trabajo después de una baja por ITCC a un trabajador a través de la intervención sanitaria pertinente (Benavides et al., 2007). Las Mutuas disponen de recursos especializados para valorar, en primer lugar la incapacidad laboral de un trabajador y en segundo lugar, de ofrecer el tratamiento adecuado con citas periódicas para adelantar la resolución del problema de salud, y contrastar con los recursos sanitarios de los que dispone en la Atención Primaria, normalmente más sobrecargada (Gérvás, Ruiz & Fernández, 2006).

2. Los trastornos mentales

2.1. Los trastornos mentales en población general.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud afirma que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*, 2013)(OMS, 2013). Organismos como la Organización Panamericana de la Salud, la Federación Mundial de Salud Mental, el Consejo de Ministros de la Unión Europea y el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido han apoyado esta propuesta (Prince et al., 2007).

Las enfermedades mentales engloban entre el 7.4% y 14% del total de las enfermedades en todo el mundo y en los países ricos, más de un tercio de las enfermedades son de tipo mental (Layard & Clark, 2014; Layard & Clark, 2015). Tan solo la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de enfermedades y en los últimos años ha sido la patología mental que más ha aumentado, llegando a colocarse en la 11ª posición de la lista de enfermedades que más Años de Vida Ajustados por Discapacidad tiene (Gili, Campayo, & Roca, 2014; Murray et al., 2012; OMS, 2013). Conocemos que es muy probable, que la carga asignada a los Trastornos Mentales esté subestimada (Benjet, Casanova, Borges, & Medina-Mora, 2013; Prince et al.,

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

2007; Murray et al., 2012; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010; Tortella-Feliu et al., 2016) y aun así el presupuesto asignado para la Salud Mental a nivel mundial es del 2.8% no siendo proporcional a la carga de enfermedad que suponen (Benjet et al., 2013) y aunque España destina el 5% del gasto sanitario público a estos trastornos queda bastante por debajo de la media europea (Tortella-Feliu et al., 2016).

La OMS informa que el riesgo de padecer en algún momento de nuestra vida algún diagnóstico de tipo mental es generalmente alta y varía ampliamente desde el 12% al 47,4% (Alonso et al., 2004; Ayuso-Mateos et al., 2001; Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013; Kessler et al., 2007; Plaisier et al., 2010). En Estados Unidos y Europa una de cada cuatro personas sufrieron algún tipo de trastorno mental a lo largo de su vida (Campo-Arias & Cassiani Miranda, 2008; Kessler et al., 2005; Tortella-Feliu et al., 2016) y el dato aumenta hasta casi el doble (46%) en los países latinoamericanos (Andrade, Walters, Gentil, & Laurenti, 2002).

Concretamente en España se han desarrollado estudios para evaluar la prevalencia de los Trastornos Mentales entre la población general y la sitúan entre un 18.42% y un 29% pudiendo llegar incluso al 45% (Ayuso-Mateos et al., 2001; Díaz-Cruz, Bethencourt Pérez, & Peñate Castro, 2004; Margarita Gili, Ferrer, Roca, & Bernardo, 2000; Haro et al., 2006; Latorre Postigo, Bravo, et al., 2012; Rajmil, Gispert Magarolas, Roset Gamisans, Muñoz Rodríguez, & Segura Benedicto, 1998). El estudio más reciente que hemos encontrado de carácter diagnóstico es el ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales) que describe que el 19.5 % de la población en España presentó alguna vez en la vida algún trastorno mental, siendo más frecuente en mujeres (22.9%) que en hombres (15,7%) (Enguita & Ramos, 2013; Ministerio de Sanidad, 2011). De hecho, uno de cada cuatro usuarios que acude a Atención Primaria y es atendido por el médico de familia guarda

relación con algún problema de tipo psicológico o psiquiátrico (Latorre, Navarro, et al., 2012) y se prevé que siga subiendo, ya que las prevalencias en los Trastornos Mentales está aumentando de manera sustancial (Gili, Campayo, & Roca, 2014). La OMS nos advierte que para el 2020 las enfermedades mentales serán la tercera causa de morbilidad, detrás de las enfermedades coronarias y los accidentes de tráfico (OMS, 2013). Los Trastornos Mentales tienen, además, un alto índice de recaídas (19%) y en la mayoría de los casos estas recidivas se suceden en los tres años posteriores al primer episodio (Hardeveld, Spijker, De Graaf, Nolen, & Beekman, 2009; Koopmans et al., 2011).

Así pues, los Trastornos Mentales tienen un peso muy importante en la carga de enfermedades globales y hemos visto que en los últimos años está aumentando considerablemente, pero a pesar de ello el presupuesto económico asignado sigue siendo pequeño.

2.2. Los Trastornos Mentales en población laboral.

En el mundo laboral se calcula que el número de trabajadores en situación de baja por motivos de salud mental, ha aumentado en los últimos años en los países occidentales tales como Suecia, Alemania, Reino Unido, Noruega y los Países Bajos por lo que la investigación ha crecido en estos países y se calcula que una de cada dos personas que sufren algún tipo de enfermedad mental está en edad de trabajar lo que supone que casi el 50% de las bajas laborales por enfermedad sean por este motivo convirtiéndose en la principal causa de baja por enfermedad en los países de ingresos altos (Brouwers, Terluin, Tiemens, & Verhaak, 2009; Engström & Janson, 2007; Gjesdal, Ringdal, Haug, & Gunnar Maeland, 2008; Koopmans, Roelen, & Groothoff, 2008; Layard & Clark, 2015; Nieuwenhuijsen, Verbeek, De Boer, Blonk, & Van Dijk, 2006; Schultz, Chlebak, & Law, 2016; Shiels, Gabbay, & Ford, 2004; Tortella-Feliu et al., 2016). En concreto el aumento de las bajas en depresión,

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

ansiedad y trastornos relacionados con el estrés, ha sido superior a la de otros trastornos (Alexanderson & Norlund, 2004; Koopmans et al., 2011; Vaez et al., 2007). Estas patologías abarcan el 3.48% de las enfermedades en ITCC y suman el 5,13% del total de días de ITCC (Vicente-Herrero, Terradillos, Capdevila, Ramírez, & López-González, 2013). De hecho en los Centros de Salud Mental se ha detectado que un 68.8% de los casos atendidos podría corresponder con estos diagnósticos (Valencia et al., 2014).

Al igual que ocurre en la población general, en el mundo laboral la frecuencia de los Trastornos Mentales es muy elevada. En muchos países europeos son la segunda causa más frecuente de ausencia en el trabajo, después de los trastornos musculoesqueléticos (Alexanderson & Norlund, 2004; Koopmans et al., 2011; Vaez et al., 2007) y se calcula que para el 2020 la depresión será la primera causa de incapacidad laboral (OMS, 2013). Concretamente en España, las patologías psiquiátricas son las terceras en frecuencia, tanto para hombres como para mujeres, sin embargo se ha visto que los hombres tienden más a patologías de tipo ansioso y las mujeres a trastornos de depresión (Delclós et al., 2010; Oliva-Moreno, López-Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero, Duque-González, 2009; Vaquero et al., 2013).

Los Trastornos Mentales, además de ser muy frecuentes, también se caracterizan por tener una larga duración media de la ITCC y ocupan el segundo y/o tercer lugar en el ranking de duración media de las diferentes patologías (Álvarez et al., 2009; Delclós et al., 2010; Pastrana-Jiménez, Fernández-Labandera, Ramos-Muñoz, & Carrasco-Perera, 2013). Los Trastornos Mentales se han asociado con una menor probabilidad de reincorporación laboral (González-Barcala et al., 2006; Royo-Bordonada, 1999) hasta el punto, que solo el 50% de los que tienen una baja superior a 6 meses regresan a su trabajo (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2014; Blank, Peters, Pickvance, Wilford, & Macdonald, 2008). Por ejemplo, van

der Feltz-Cornelis et al. (2010) encontraron que las personas con depresión se ausentan de su trabajo entre 8 y 9 veces más, que aquellas que no la padecen y en otro trabajo se concluyó que la depresión tiene 7 veces más probabilidad de tener una baja laboral más larga (Plaisier et al., 2010), por lo tanto tiene un gran impacto en el absentismo, mayor que, por ejemplo, la ansiedad (Hendriks et al., 2015) con una duración media en torno a los 120 días (Catalina-Romero, Cabrera, Sainz, Barrenechea, Madrid et al., 2011). Los trastornos de ansiedad sin embargo tienen una duración media de 83 días (Álvarez Theurer et al., 2009; Catalina-Romero et al., 2013) aunque dentro de este cuadro encontramos variaciones muy significativas según el diagnóstico concreto, por ejemplo el trastorno obsesivo-compulsivo tiene una duración media de 188 días, el trastorno de estrés postraumático 182 y el estrés agudo, 44 días (Catalina-Romero et al., 2013). Por su parte, los trastornos adaptativos tienen una duración no superior 150 días sin embargo entre un 11.8% - 20% de los trabajadores con éste diagnóstico tienen una duración de la ITCC superior al año (Enguita & Ramos, 2013; Schröer et al., 2005; van der Klink, Blonk, Schene, & van Dijk, 2003).

En general, los Trastornos Mentales, tienen peor pronóstico ya que se relaciona con una baja por enfermedad más larga que si se tuviera un problema de salud física (Brouwers et al., 2009; Flach et al., 2012; Hensing & Spak, 1998; Karlsson et al., 2008; Øyeflaten, Lie, Ihlebæk, & Eriksen, 2014; Sampere Valero, 2011) por lo que están asociados a un mayor riesgo de enfermedad a largo plazo, y por lo tanto, a un mayor riesgo de incapacidad permanente (Andersen et al., 2014; Bültmann et al., 2008; Karpansalo, Kauhanen, & Lakka, 2005; Knudsen et al., 2010; Naidu, Giblin, Burke, & Madan, 2016; Shiels & Gabbay, 2006) y de recaídas (Arends, van der Klink, van Rhenen, de Boer, & Bültmann, 2014; Dewa, Chau, & Dermer, 2009; Koopmans et al., 2011). De hecho, aproximadamente entre el 20-30% de los trabajadores con Trastornos Mentales Comunes experimentan una recaída después de la

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

reincorporación laboral (Prang, Bohensky, Smith, & Collie, 2016) y concretamente, en los trastornos adaptativos se ha visto que las recaídas son más frecuentes en mujeres (Enguita & Ramos, 2013).

Además de todo lo anterior, la probabilidad de que los Trastornos Mentales convivan con otras patologías es muy alta, y de entre todos los factores analizados por Catalina-Romero (2013), la comorbilidad, es el que mejor predice el incremento de la duración de la ITCC.

Podemos concluir por lo tanto que, las bajas de ITCC derivadas de patología de Trastornos Mentales se caracterizan por tener una alta frecuencia, una larga duración y muestran una mayor recurrencia que otras patologías (Knudsen, Harvey, Mykletun, & Øverland, 2013; Nielsen et al., 2011).

2.3. Razones para reducir la ITCC en Trastornos Mentales.

Conocemos que reducir el número de días que un trabajador está de baja como consecuencia de un problema de salud es un objetivo compartido tanto por el trabajador, como por la empresa, el sistema de salud y el de la Seguridad Social por el gran impacto que tiene en ellos (Benavides et al., 2007; Andersen et al., 2014; Fimland et al., 2014).

Algunas de estas razones por lo que es importante reducir los días de ITCC son:

a) Razones para el trabajador.

Además del sufrimiento individual propio de la patología psicológica, disminución de la autoestima y del bienestar general (Andersen, Nielsen, & Brinkmann, 2012; Brouwers et al., 2009; E. Fossey & Harvey, 2010; E. M. Fossey & Harvey, 2010), la baja laboral conlleva una debilitación de la economía, aislamiento social, vulnerabilidad, exclusión del mercado laboral y pobreza (Chan, 2010; Dekkers-Sánchez, Hoving, Sluiter, & Frings-Dresen, 2008; Henderson, Glozier, & Elliot, 2005; Plaisier et al., 2010; van Beurden et al., 2013).

Se ha comprobado que a pesar de que el síntoma haya remitido el trabajador no se ve preparado para coger el alta lo que disminuye la autopercepción de la capacidad de trabajo (Ahlgren, Bergroth, Ekholm, & Schüldt, 2007; Nielsen et al., 2011; van der Klink et al., 2003). Se ha insistido en afirmar, que el malestar y sufrimiento que el trabajador presenta durante la baja puede ser incluso mayor que el de un problema de salud física (a excepción del dolor crónico) y que la pobreza (Layard & Clark, 2015; Vázquez, Rahona, Gómez, Caballero, & Hervás, 2015). De hecho, se llegado a afirmar que el predictor más importante para tener una buena “satisfacción de la vida” es, la salud emocional (Layard, Clark, Cornaglia, Powdthavee, & Vernoit, 2014).

b) Razones para la empresa.

En países desarrollados, el absentismo laboral por enfermedades mentales representa más de un tercio del total de días laborales perdidos, y hasta un 75% del total de los costes por absentismo (Roelen et al., 2012). Esta situación afecta a nivel financiero a las empresas, ya que la pérdida de mano de obra conlleva una mayor rotación laboral, lo que disminuye la productividad en las empresas. También obliga a hacer frente al pago de los trabajadores sustitutos, al coste por la prestación de la ITCC y al coste del tratamiento rehabilitador (Lexis, Jansen, & Huibers, 2011).

c) Razones para la sociedad.

Los procesos de ITCC por patología mental son un importante problema sanitario y económico en las sociedades occidentales (Kraaijeveld et al., 2013; Marmot, Feeney, Shipley, North, & Syme, 1995; Lammerts, van Dongen, Schaafsma, van Mechelen, & Anema, 2017) y una fuente de injusticia y desigualdad en el mundo industrializado (Layard & Clark, 2014). Cada vez hay más porcentaje de población activa que percibe una prestación de invalidez

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

(Duijts, Kant, Landeweerd, & Swaen, 2006). En países europeos hablamos de porcentajes entre el 7% y el 10%, por lo que es un objetivo prioritario determinar cómo influyen los factores de riesgo en la producción de las bajas laborales para así disminuir el número de bajas o al menos acortar su duración (Vaquero Abellán et al., 2013).

Un importante aspecto para la sociedad es el coste económico que se desprende de estas patologías. El coste de los Trastornos Mentales Comunes puede haber sido subestimado durante años en las estadísticas oficiales debido principalmente a la falta de reconocimiento de estos trastornos en Atención Primaria y al uso excesivo de diagnósticos físicos (Mykletun et al., 2006). La crisis económica ha afectado al gasto sanitario Español que ha disminuido su total en un 5% en el periodo 2009-2012, quedándose por debajo de la media Europea. Las tasas de crecimiento anual son negativas y crecientes, alcanzándose una variación de -3.8% en el periodo 2012-2013 (Martín, 2016). Y en el año 2014 la inversión en sanidad descendió hasta el 5.9% del PIB, lo que supuso un gasto total de 61.947 millones de euros (Lillo & Rodríguez, 2016).

Estos costes están divididos principalmente en dos grandes grupos: por una parte el coste sanitario que hace referencia a los gastos directos derivados de las consultas con los especialistas, gastos de tratamiento, pruebas diagnósticas etc. Y por otra parte, el coste no sanitario o indirecto que hace referencia al coste de los días no trabajados por motivos de salud, el gasto que genera en las empresas por la rotación de personal, descenso de productividad, etc. Pues bien, varios estudios ponen de manifiesto que en la Unión Europea los costes no sanitarios son mucho mayores que los costes sanitarios. (Brouwers et al., 2009; Caballero-Martínez, León-Vázquez, Payá-Pardo & Díaz-Holgado, 2014). Veamos:

- El gasto sanitario Europeo llega a alcanzar el 39% del coste total y se divide entre los diferentes niveles de los recursos sanitarios: un 19% en costes ambulatorios, un 9% en

hospitalizaciones y un 8% en el tratamiento farmacológico (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009). Sin embargo, en España el gasto sanitario de pacientes con trastorno mental en Atención Primaria, parece menor, pero implica igualmente un alto coste laboral. Según estudios encontrados en nuestro país entre el 31% y un 33% del coste anual total del manejo del paciente se debe a costes sanitarios: gastos farmacológicos y asistenciales (Caballero-Martínez, F. León-Vázquez, F. Payá-Pardo, A. Díaz-Holgado, 2014; Sicras-Mainar, Blanca-Tamayo, Gutiérrez-Nicuesa, Salvatella-Pasant, & Navarro-Artieda, 2010; Sicras Mainar et al., 2007).

- El gasto no sanitario Europeo puede alcanzar hasta el 61% del total (Dilla et al., 2009) debido principalmente a que la duración media de las bajas laborales por patología mental superan los 100 días (Brouwers et al., 2009), es decir, son muy largas y por lo tanto, el coste indirecto aumenta. En España este gasto alcanza el 67% del total del gasto y engloba: los días perdidos, las pensiones de invalidez, los gastos generados a las empresas por el absentismo, el descenso de la productividad,... (Caballero-Martínez, León-Vázquez, Payá-Pardo, Díaz-Holgado, 2014; Enguita & Ramos, 2013; Sicras et al., 2007). Si diferenciamos en tres grandes grupos los gastos en días de IT, las bajas laborales permanentes suponen un 48.3% con 18.577 millones de euros, las bajas temporales el 28.9% con 11.109 y las muertes prematuras un 22.7% con 8.740 millones de euros (Oliva-Moreno, López-Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero, & Duque-González, 2009). Datos como estos han llevado a la OMS a considerar la ausencia laboral como un problema de salud pública (OMS, 2013).

3. Factores relacionados con el retorno al trabajo en ITCC en personas con trastorno mental

Se ha visto que existen muchos factores que podrían influir en la duración de los procesos de ITCC y que, por lo tanto, participan en el arduo proceso de reincorporación laboral, incluso con más peso que la propia enfermedad que originó la baja (Arends et al., 2014; Benavides, 2007; Benavides et al., 2010; Løkke Nielsen, 2008; Villaplana, 2014; Villaplana et al., 2015; Wasiak et al., 2007). Ese carácter multifactorial también se ha encontrado en la ITCC con trastorno mental pero existen pocos estudios que profundicen en el tema del absentismo por problemas de salud mental (Ansoleaga et al., 2015; Brouwers et al., 2009; Catalina-Romero et al., 2013; Catalina-Romero, Cabrera, Sainz, Barrenechea, Madrid & Calvo, 2011; Flach et al., 2012; Muijzer, Brouwer, Geertzen, & Groothoff, 2012). Por lo tanto, fomentar la investigación y conocer qué factores son los que pronostican una rápida reincorporación al mundo laboral en trabajadores con Trastornos Mentales sería de gran utilidad para mejorar la gestión clínica y optimizar la asistencia sanitaria (Flach et al., 2012; LaMontagne et al., 2014) ya que se ha observado que los factores que modulan las duraciones de los Trastornos Mentales podrían ser diferentes a la de otros diagnósticos (Álvarez et al., 2009; Sampere et al., 2012).

Clasificaciones:

La mayoría de los autores clasifican los factores de predicción teniendo en cuenta cuatro variables: 1) Factores demográficos o personales, 2) Factores clínicos y de salud, 3) Factores sociales, socioeconómicos o psicosociales y 4) Factores de trabajo o de la organización (Benavides, 2007; Blank et al., 2008; Catalina-Romero et al., 2013). Sin embargo, hay autores que en los últimos años han incluido como variables influyentes en la duración de las bajas: la percepción del propio trabajador sobre su salud, los valores y la cultura de cada región o

comunidad, las actitudes de la sociedad en general (Vaquero-Abellán et al., 2013), el sistema legislativo y los factores de atención de la salud (Flach et al., 2012). Estos últimos autores apuntan que la influencia moduladora entre todos estos factores y la duración de las bajas, mantienen una relación desigual a lo largo de toda la ITCC y puede que no sea constante durante todo el proceso, de ahí que los diferentes estudios muestren en ocasiones datos contradictorios.

Clasificación en función de cuatro apartados: factores individuales, sociales, laborales y clínicos.

3.1. Factores individuales.

a) Género.

Hemos visto en multitud de estudios que el género guarda una relación moduladora con la duración de las bajas por Trastornos Mentales (Blank et al., 2008; De Rijk, Janssen, Alexanderson, & Nijhuis, 2008; Nieuwenhuijsen & Verbeek, 2006), pero es difícil establecer qué efecto tiene en la duración de las bajas (Flach et al., 2012). Ansoleaga et al., 2015 sugiere que las diferencias en el trabajo asociadas al género podrían afectar al proceso de reincorporación laboral pero las conclusiones de los estudios realizados en personas con trastorno mental son contradictorias ya que ser hombre o mujer puede tener un efecto negativo en la reincorporación en función del estudio que se lea (Blank et al., 2008). Por una parte, el hecho de tener una patología mental y ser mujer se correlaciona positivamente con una mayor duración de la ITCC (Álvarez et al., 2009; Burstrom, Nylen, Clayton, & Whitehead, 2011; Cortès, Artazcoz, Rodríguez-Sanz, & Borrell, 2004; Delclós et al., 2010; Flach et al., 2012; Koopmans et al., 2011; Øyeflaten et al., 2014; Rocha, Muntaner, Solar, & Borrell, 2014; Roelen et al., 2012) Siendo esto coherente con estudios sobre la ITCC en

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

general (Villaplana et al., 2015). Pero por otra parte, hemos encontrado algunos estudios dónde ser varón alarga la ITCC (Dewa, Hoch, Lin, Paterson, & Goering, 2003; Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 1999).

b) Edad.

La edad es otro factor modulador y se ha observado que los trabajadores más jóvenes tienen una duración de la ITCC más corta que los trabajadores de más edad (Ansoleaga et al., 2015; Catalina-Romero et al., 2013; Catalina-Romero, Cabrera, Sainz, Barrenechea Albarrán, Madrid & Conesa, et al., 2011; Cornelius, van der Klink, Groothoff, & Brouwer, 2011; Dewa et al., 2003; Nielsen et al., 2011; Nieuwenhuijsen, Verbeek, 2006; Roelen et al., 2012; van Beurden et al., 2015)(Moniek C Vlasveld et al., 2013). Aun así, esta relación entre la edad y el regreso al trabajo, es menos pronunciada en trabajadores con patología mental que en el resto de patologías (Muijzer et al., 2012) de ahí que encontremos matices como el detectado por Roelen et al., (2012) que ha encontrado que esta asociación es significativa en los casos de trastornos emocionales, somatomorfos y trastornos relacionados con el estrés, pero no con trabajadores que sufren trastorno del estado de ánimo. Por otra parte, hemos encontrado un único estudio que no encuentra tales relaciones entre la edad y la duración de la ITCC por patología mental (Brouwers et al., 2009). Según explican estos autores existen pocos estudios sobre las ITCC debido a Trastornos Mentales y presentan diferencias metodológicas. En concreto ellos han trabajado con una muestra que presentaba una sintomatología leve, lo que podría explicar este resultado.

c) Estado Civil.

El estado civil del trabajador se relaciona significativamente como moduladora de la ITCC y se ha podido concluir que ser soltero, divorciado o viudo, está asociado a una baja laboral más larga que estar casado (Dewa, Goering, Lin, & Paterson, 2002; Dewa et al., 2003; Ginexi,

Howe, & Caplan, 1999). Pero Catalina-Romero (2013) y Hallberg & Mattsson (1992) encontraron que esta variable no se comporta igual a corto que a largo plazo, ya que el hecho de no tener pareja tiene un efecto negativo a corto plazo, mientras que a largo plazo se asocia a tener periodos de baja más cortos. Por otra parte en un estudio realizado con trabajadores con trastorno depresivo no se encontró esta relación (Nieuwenhuijsen, Verbeek, Boer, Blonk, & Van Dijk, 2006).

d) Factores económicos.

Los trabajadores con un nivel socioeconómico más bajo permanecen de baja durante más tiempo (Burstrom et al., 2011), incluso el riesgo de recaída es mayor (Koopmans et al., 2011). Sin embargo, esta relación se ha encontrado en trastornos relacionados con el estrés pero no tanto con trastornos del estado de ánimo (Roelen et al., 2012). También, hemos encontrado un estudio donde se especifica lo contrario, que los trabajadores con un nivel socioeconómico más bajo vuelven antes a su trabajo (Ansoleaga et al., 2015).

e) Expectativas del trabajador sobre su curación.

Se ha demostrado que las expectativas de los trabajadores sobre cuándo regresaran al trabajo se ajusta más a la realidad que la predicción de los profesionales de la salud (Løvvik, Øverland, Hysing, Broadbent, & Reme, 2014b; Nieuwenhuijsen et al., 2006). Tener una expectativa positiva sobre la autoeficacia y la recuperación funcional resultó ser una de las variables que más modulan la duración de la ITCC en personas con patología mental. Es decir, concebir el Trastorno Mental como más duradero en el tiempo, con más consecuencias, siendo menos curable o controlable, causando más angustia emocional y siendo más difícil de entender, se ha asociado a una recuperación más lenta, con un aumento de la discapacidad y haciendo mayor uso de los servicios de salud (Ansoleaga et al., 2015;

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Broadbent, Kydd, Sanders, & Vanderpyl, 2008; Brouwers et al., 2009; Cornelius et al., 2011; de Vries, Koeter, Nabitz, Hees, & Schene, 2012; D'Amato & Zijlstra, 2010; Fleten et al., 2004; Hoefsmit, Houkes, & Nijhuis, 2012; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, & Schaufeli, 2010; Løvvik et al., 2014; A. Muijzer et al., 2012; Nielsen et al., 2011; van Beurden et al., 2015) . Por otra parte, la visión que tenga el trabajador sobre su valía en su trabajo determinará la reincorporación laboral, por lo que una adecuada percepción sobre su estado de salud podrá ir en beneficio de una recuperación más temprana y, por el contrario, una mala percepción podrá retrasar la vuelta al trabajo (Muijzer et al., 2012; Vaquero Abellán et al., 2013; Volker, Zijlstra-Vlasveld, Brouwers, van Lomwel, & van der Feltz-Cornelis, 2015). Ahora bien, si el origen de la patología mental se debe a un cuadro de Burnout o “estar quemado”, el apoyo del supervisor será más significativo que la autopercepción (D'Amato & Zijlstra, 2010).

En la tabla 1 podemos ver un resumen de los estudios sobre las variables anteriormente comentadas y su relación con la duración de la ITCC.

Tabla 1

Factores individuales que influyen en la duración de la ITCC

Tipo de variable	Relación con la ITCC	Autores
Género	La mujer se relaciona con una ITCC más larga	Álvarez et al., 2009; Burstrom, Nysten, Clayton, & Whitehead, 2011; Cortès, Artazcoz, Rodríguez-Sanz, & Borrell, 2004; Delclós et al., 2010; Flach et al., 2012; Koopmans et al., 2011; Øyeflaten et al., 2014; Rocha, Muntaner, Solar, & Borrell, 2014; Roelen et al., 2012.
	El hombre se relaciona con una ITCC más larga	Dewa, Hoch, Lin, Paterson, & Goering, 2003; Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 1999.
Edad	No encontraron relación en pacientes con trastorno de estado de ánimo pero sí en trastornos de ansiedad.	Roelen et al., 2012
	Los trabajadores de mayor edad con trastorno mental común se relaciona con una ITCC más larga	Ansoleaga et al., 2015; Catalina-Romero et al., 2013; Catalina-Romero, Cabrera, Sainz, Barrenechea Albarrán, Madrid & Conesa, et al., 2011; Cornelius, van der Klink, Groothoff, & Brouwer, 2011; Dewa et al., 2003; Nielsen et al., 2011; Nieuwenhuijsen, Verbeek, 2006; Roelen et al., 2012; van Beurden et al., 2015)(Moniek C Vlasveld et al., 2013.
Estado civil	Ser soltero, divorciado o viudo, está asociado a una baja laboral más larga que estar casado	Dewa, Goering, Lin, & Paterson, 2002; Dewa et al., 2003; Ginexi, Howe, & Caplan, 1999.
	Se encontraron diferentes efectos a corto y largo plazo.	Catalina-Romero, 2013 y Hallberg y Mattsson, 1992.
Factores económicos	Los trabajadores con un nivel socioeconómico alto se relaciona con una ITCC más larga	Ansoleaga et al., 2015.
	Los trabajadores con un nivel socioeconómico bajo se relaciona con una ITCC más larga y mayor riesgo de recaída.	Burstrom et al., 2011 y Koopmans et al., 2011.
Expectativas	Las propias expectativas de los trabajadores sobre cuándo regresaran al trabajo se ajusta más a la realidad que la predicción de los profesionales de la salud.	Ansoleaga et al., 2015; Broadbent, Kydd, Sanders, & Vanderpyl, 2008; Brouwers et al., 2009; Cornelius et al., 2011; de Vries, Koeter, Nabitz, Hees, & Schene, 2012; D'Amato & Zijlstra, 2010; Fleten et al., 2004; Hoefsmid, Houkes, & Nijhuis, 2012; Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, & Schaufeli, 2010; Løvvik et al., 2014; A. Muijzer et al., 2012; Nielsen et al., 2011; van Beurden et al., 2015; Løvvik, Øverland, Hysing, Broadbent, & Reme, 2014b; Nieuwenhuijsen et al., 2006. ;Muijzer et al., 2012; Vaquero Abellán et al., 2013; Volker, Zijlstra-Vlasveld, Brouwers, van Lomwel, & van der Feltz-Cornelis, 2015.

Nota: ITCC= Incapacidad Temporal Contingencia Común.

3.2. Factores sociales.

a) Sistema sanitario.

Las políticas nacionales de compensación y las estructuras del sistema sanitario son un factor determinante para establecer si la ITCC ayuda a los trabajadores a reincorporarse al trabajo o provoca por el contrario, ausencias del mismo (Andersen et al., 2012; Blank et al., 2008; Karen Nieuwenhuijsen et al., 2006). Por ejemplo, según Benavides et al., (2010) la entidad gestora de la ITCC es un elemento clave en la duración de los episodios ya que se encuentra una duración menor de los procesos de baja, si ha sido gestionado por una mutua que si ha sido gestionado por el INSS; y esta relación se encuentra tanto en procesos de régimen general como régimen de autónomos.

b) Lugar de residencia: Rural o Urbano.

La diferencia entre vivir en un entorno rural o urbano parece tener también su influencia en la incidencia y duración de las bajas. En las zonas rurales la incidencia de pérdida de trabajo por problemas mentales aumenta con el tiempo (Solomon, Poole, Palmer, & Coggon, 2007) La duración media de los procesos en el medio rural (45,4 días) es superior con respecto al medio urbano (36,9 días) por lo que en este caso, el vivir en un medio urbano actúa como factor de protección (Álvarez et al., 2009).

c) Nivel de estudios o clase social.

Un alto nivel de estudios parece estar relacionado con un mejor pronóstico en la reincorporación al trabajo en pacientes con Trastornos Mentales Comunes, por lo que un trabajador con bajo nivel de estudios está asociado a una duración de la ITCC más larga en la mayoría de los estudios encontrados (Blank et al., 2008; Catalina-Romero et al., 2013; Catalina-Romero, Cabrera, Sainz, Barrenechea, Madrid & Calvo, 2011; Øyeflaten et al., 2014;

van Beurden et al., 2015; van den Brink et al., 2002). Sin embargo, Ekberg, Wåhlin, Persson, Bernfort, & Öberg (2015) encontró justamente lo contrario, tener menos estudios se asoció a una reincorporación más temprana, considerada ésta como antes de los tres meses de ITCC.

La clase social puede ser considerada una variable complementaria al nivel de estudios y por ejemplo, se ha visto que entre los hombres, los gerentes de alto nivel y supervisores tienen mejor salud mental que todas las demás clases sociales, incluidos los dueños de pequeñas empresas. Sin embargo, los supervisores de bajo nivel tuvieron peor salud mental que los trabajadores no directivos. Y sin embargo, entre las mujeres, ser gerente de alto nivel está relacionado con mala salud mental (Muntaner, Borrell, Benach, Pasarín, & Fernandez, 2003; Rocha et al., 2014).

En la tabla 2 podemos ver un resumen de los estudios sobre las variables anteriormente comentadas y su relación con la duración de la ITCC.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Tabla 2

Factores sociales que influyen en la duración de la ITCC.

Tipo de variable	Relación con la ITCC	Autores
Sistema sanitario	Los procesos son más cortos si se gestiona por una mutua vs SPS.	Benavides et al., 2010
Lugar de residencia	En las zonas urbanas la duración de la ITCC es más corta	Solomon, Poole, Palmer, & Coggon, 2007; Álvarez et al., 2009.
Nivel estudios o Clase social	Un bajo nivel de estudios está asociado a una duración de la ITCC más larga.	Blank et al., 2008; Catalina-Romero et al., 2013; Catalina-Romero, Cabrera, Sainz, Barrenechea, Madrid & Calvo, 2011; Øyeflaten et al., 2014; van Beurden et al., 2015; van den Brink et al., 2002.
	Un bajo nivel de estudios se asoció a una ITCC mas corta.	Ekberg, 2015.
	Diferencias de género entre los gerentes de alto nivel: los hombres se relacionan con mejor salud mental y las mujeres con peor en puestos de alta dirección.	Muntaner, Borrell, Benach, Pasarín, & Fernández, 2003; Rocha et al., 2014.

Nota: SPS= Sistema Público de Salud; ITCC= Incapacidad Temporal Contingencia Común.

3.3. Factores laborales.

Los factores de trabajo o de la organización también afectan a la duración de las bajas y son muchos los trabajos que han profundizado en estos asuntos y diferentes las variables que dentro de esta área afectan a la duración de las bajas (Nieuwenhuijsen, Verbeek, de Boer, Blonk, & van Dijk, 2004; Salkever, Shinogle, & Goldman, 2003; Stansfeld, Fuhrer, Shipley, & Marmot, 1999).

a) Prestación de Incapacidad Temporal.

El tipo de régimen de trabajo que se tenga y por lo tanto, la modalidad de pago cuando se está de baja, se ha descrito como un factor pronóstico de la ITCC en general (Royo-Bordonada, 1999). Los trabajadores con trastorno mental que, por un lado, han sido despedidos durante la baja, o son autónomos o están contratados a través del régimen especial agrario, tienen mayor probabilidad de tener una duración ITCC más larga que los que trabajan por cuenta ajena (Álvarez Theurer et al., 2009; Catalina-Romero et al., 2013; Delclós et al., 2010; González-Barcala et al., 2006; Oliva-Moreno et al., 2009)

b) Sobrecarga en el trabajo.

Por una parte, se ha observado que muchas horas de jornada laboral, sobrecarga de trabajo, altas exigencias en el trabajo, y los efectos de éstas en la vida personal, fueron estadísticamente significativas e indicativas de ausencia en el trabajo y bajas prolongadas (Blank et al., 2008; Bultmann, Christensen, Burr, Lund, & Rugulies, 2008; Flach et al., 2012; Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph, & Brand, 2001; Michie & Williams, 2003; van Beurden et al., 2015). El estrés laboral en concreto predice riesgos elevados de padecer algún tipo de trastorno mental común (LaMontagne et al., 2014; LaMontagne, Keegel, Louie, & Ostry, 2010). Por otra parte, los trabajadores con trabajos de carácter manual tienen peor salud auto percibida y más probabilidad de bajas más largas (Cortès et al., 2004; Muntaner et al., 2003; Rocha et al., 2014; Vlasveld et al., 2012).

c) Amenaza de desempleo.

La percepción de una posible pérdida de trabajo cuando el trabajador está de baja por ITCC es un factor influyente en su duración (Blank et al., 2008; van Beurden et al., 2015) y

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

también lo es cuando le sobreviene el despido estando de baja (Burstrom et al., 2011; Catalina-Romero et al., 2013; Hetzler, Melén, & Bjerstedt, 2005).

d) Estructura organizacional y tamaño de empresa.

La estructura organizacional tiene su influencia en la duración de la ITCC por Trastornos Mentales Comunes. Se ha encontrado que trabajar en una empresa sin ánimo de lucro aumenta el riesgo de tener una ITCC más larga, de la misma manera que hacerlo en una empresa de entre 50-199 trabajadores está relacionado con bajas más largas (Flach et al., 2012). Por otra parte, trabajar en una empresa de más de 100 trabajadores predice que un trabajador con trastorno mental tiene más probabilidades de sufrir una recaída (Arends et al., 2014).

e) Apoyo del supervisor y de la empresa.

La empresa puede jugar y juega un papel muy importante como facilitador en el proceso de retorno al trabajo de un trabajador que está de baja (Durand, Corbière, Coutu, Reinharz, & Albert, 2014; Kraaijeveld et al., 2013; Sampere, 2011). Una comunicación adecuada, con diálogo abierto y franco entre el supervisor directo y el trabajador, disminuye los pensamientos y sentimientos negativos sobre la empresa (Martin, Nielsen, Petersen, Jakobsen, & Rugulies, 2012; Muijzer et al., 2012), siendo éste un paso primordial para lograr buenos acuerdos (Ansoleaga et al., 2015). Se ha concluido que mantener una actitud de apoyo al trabajador y cuidar la relación es positivo para promover la vuelta al trabajo ya que se ha visto que la buena relación entre trabajador y empresa está asociada a una menor duración de la ITCC (Muijzer, Groothoff, Geertzen, & Brouwer, 2011; Skakon et al., 2010; Stansfeld et al., 1997; van Beurden et al., 2015) por lo que se destaca la importancia de promover reuniones con el trabajador que está de baja para favorecer su adaptación laboral (Ahlgren, Bergroth, & Ekholm, 2008; Lemieux, Durand, & Hong, 2011) y planificar así mejor el regreso (Cornelius

et al., 2011; Hoefsmit et al., 2012). Este apoyo percibido por el trabajador influye sobre todo en los aspectos no médicos ni clínicos del absentismo (Nieuwenhuijsen et al., 2004). De hecho, en un estudio se identificó que los trabajadores con Trastornos Mentales Comunes que tenían conflictos con su supervisor tenían más probabilidades de tener más recaídas (Arends et al., 2014). De hecho, en Holanda, dónde la gestión de las bajas laborales está enmarcada en una Ley que pone el énfasis en la responsabilidad del empresario y el trabajador para resolver dichos problema, los procesos de origen laboral tienen a solucionarse rápido y por lo tanto las bajas son más cortas (Flach et al., 2012).

En la tabla 3 podemos ver un resumen de los estudios sobre las variables anteriormente comentadas y su relación con la duración de la ITCC.

Tabla 3

Factores laborales que influyen en la duración de la ITCC en Trastornos Mentales Comunes.

Tipo de variable	Relación con la ITCC	Autores
Tipo de prestación	Despedidos durante la baja, autónomos o trabajadores del régimen especial agrario está relacionado una duración ITCC más larga.	Álvarez et al., 2009; Catalina-Romero et al., 2013; Catalina-Romero, Cabrera, Sainz, Barrenechea, Madrid & Conesa, 2011; Delclós et al., 2010; González-Barcala et al., 2006.
Sobrecarga laboral	Muchas horas de jornada laboral, sobrecarga de trabajo, altas exigencias en el trabajo, y el estrés laboral están relacionada con una ITCC más larga.	Blank et al., 2008; Bultmann, Christensen, Burr, Lund, & Rugulies, 2008; Flach et al., 2012; Krause, Dasinger, Deegan, Rudolph, & Brand, 2001; Michie & Williams, 2003; van Beurden et al., 2015; LaMontagne et al., 2014; LaMontagne, Keegel, Louie, & Ostry, 2010.
Amenaza de desempleo	La percepción de una posible pérdida de trabajo está relacionada con una ITCC más larga. Cuando sobreviene el despido estando de baja se relaciona con una ITCC más larga.	Blank et al., 2008; van Beurden et al., 2015 Burstrom et al., 2011; Catalina-Romero et al., 2013; Hetzler, Melén, & Bjerstedt, 2005; Álvarez et al., 2009; Catalina-Romero et al., 2013; Catalina-Romero, Cabrera, Sainz, Barrenechea, Madrid & Conesa, 2011; Delclós et al., 2010; González-Barcala et al., 2006 (verificar y dejar solo si hay despido)
Estructura organizacional y tamaño de empresa	Empresas entre 50-199 trabajadores está relacionado con ITCC más largas. Trabajar en una empresa de más de 100 trabajadores se relaciona con mayores recaídas	Flach et al., 2012. Arends et al., 2014.
Apoyo del supervisor y de la empresa	Una buena relación y comunicación entre trabajador y empresa o supervisor se relaciona con una duración menor de la ITCC.	Martin, Nielsen, Petersen, Jakobsen, & Rugulies, 2012; Muijzer et al., 2012; Ansoleaga et al., 2015; Muijzer, Groothoff, Geertzen, & Brouwer, 2011; Skakon et al., 2010; Stansfeld et al., 1997; van Beurden et al., 2015; Flach et al., 2012.

Nota: ITCC= Incapacidad Temporal Contingencia Común.

3.4. Factores clínicos:

a) Comorbilidad.

Parece no haber duda con respecto a esta variable, la comorbilidad es un factor determinante en la duración de la ITCC, ya que los casos con mayor comorbilidad son los más graves (Kessler et al., 2005). Se ha observado que si el motivo de la baja se origina por una coexistencia entre un problema físico y uno mental, la duración es mayor que si el motivo es solo físico o solo mental (Huijs et al., 2012) (Huijs et al., 2012). La comorbilidad entre un problema físico y otro mental, es el factor que mejor predice el incremento de la duración de las bajas. Esto concuerda con la recomendación de las guías prácticas de derivar a atención especializada en caso de que un paciente presente comorbilidad ya que se trata de procesos más graves (Catalina-Romero et al., 2013; Plaisier et al., 2010). Por ejemplo, se ha visto que el 78.4% de los trabajadores con Trastornos Mentales que superan los 365 días de baja tienen antecedentes de problemas físicos (Pastrana-Jiménez et al., 2013). Se ha observado que la relación existente entre las enfermedades físicas y la depresión es bidireccional, es decir, que la depresión puede ser tanto la causa como la consecuencia de las enfermedades médicas (Giner et al., 2014). Por otra parte, se ha visto que un tratamiento psicológico es más largo si existe comorbilidad y por lo tanto se deben de aplicar más técnicas en consulta, lo que amplía el número de sesiones necesarias para su manejo o curación (Labrador, Quirós, & Estupiñá, 2011).

b) Gravedad de los síntomas.

La gravedad del trastorno es una de las variables que mejor predice una recuperación lenta en personas con Trastornos Mentales (Andersen et al., 2012; Dewa et al., 2003; Kessler et al., 2005; van den Brink et al., 2002). Diferentes factores asociados a la gravedad del diagnóstico,

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

tales como tener un problema mantenido en el tiempo, haber tardado más de tres semanas en buscar ayuda una vez ha iniciado el proceso de ITCC y tener asociado síntomas de somatización se han asociado a tener una ITCC más larga (Blank et al., 2008; Vlasveld et al., 2013).

c) Comunicación entre profesionales.

Mejorar los problemas relacionados con la comunicación entre los diferentes agentes relacionados con la gestión de la ITCC, son de vital importancia para conseguir una reincorporación laboral con éxito tras una baja por algún diagnóstico psiquiátrico (Martin et al., 2012). La falta de coordinación y rapidez existente entre los servicios y/o médicos implicados puede contribuir a una baja prolongada e innecesaria en el tiempo (Andersen et al., 2012; Burstrom et al., 2011; Gérvas et al., 2006; Nash-Wright, 2011; Navarro & Chicano, 2003) además de ofrecer un tratamiento de baja calidad (Anema et al., 2006).

d) Tratamientos previos recibidos.

Según algunos autores, el haber tenido problemas de Salud Mental en el pasado y haber tenido una baja similar, es un factor importante que predice que la baja actual será larga (Hansen, Edlund, & Bränholm, 2005; Muschalla, Linden, & Jöbges, 2016; Nielsen et al., 2011; Øyeflaten et al., 2014; van Beurden et al., 2015). Sin embargo, existen algunas variables que pueden modular esta afirmación, como puede ser la gravedad del trastorno o el aprovechamiento o no de una terapia psicológica previa, ya que se ha visto que si el trabajador recibe tratamiento para la adquisición de habilidades de afrontamiento, puede resultar una variable predictora de ITCC más corta para la siguiente baja (Boschen et al., 2009; Shelton, 2009; van der Klink et al., 2003).

e) Infra tratamiento.

El nivel de atención recibida por las personas con Trastornos Mentales es bajo y se han observado niveles de necesidad no cubierta muy elevados (Andrews & Henderson, 2000; Wittchen & Jacobi, 2005). En los países con ingresos altos, entre un 35% y un 50% de las personas con esta patología no reciben ningún tipo de tratamiento, y en los países con ingresos bajos y medios este porcentaje se eleva hasta el 85% (OMS, 2013; OMS, 2015). Se calcula que al rededor del 75% de las personas con trastornos mentales, no recibe ningún tipo de tratamiento o atención (OMS, 2015).

Por ejemplo, en España, se observa que tan solo el 57% de los que tenían un trastorno de ánimo y el 30% de los que tenían un trastorno de ansiedad acudieron al médico y casi el 31% de los que sí lo hicieron no llegaron a recibir tratamiento (Codony et al., 2007). En otro trabajo se observó que tan solo un tercio de los tratamientos en Salud Mental cumplen unos criterios mínimos adecuados, tanto haya sido tratados por médicos de Atención Primaria, como por los Especialistas en Salud Mental. Esto significa que no menos del 40% de los ciudadanos que actualmente padecen ansiedad o depresión no reciben un tratamiento adecuado (Fernández et al., 2006).

Hay autores que consideran que el infra tratamiento o tratamiento ineficaz son causas muy comunes que retrasan la vuelta al trabajo (Nash-Wright, 2011). Se indica que la falta de rapidez en la actuación de los médicos ante un cuadro de ansiedad está relacionada con la baja prolongada en el trabajo (Álvarez-Barón, Basurte, Jiménez y Zamora 2010).

En una encuesta realizada adhoc, los médicos de Atención Primaria consideraron que la demora en la atención en la Unidad de Salud Mental obliga a la prolongación de la baja laboral temporal (Araña, 2008). El 56% de los procesos que superan la duración estándar están pendientes de una asistencia especializada o de alguna prueba complementaria (Vaquero

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Abellán et al., 2013). De estos tiempos muertos que alargan los procesos de baja, se deriva la mayoría del gasto de la ITCC que resultaría innecesario si se mejorase la gestión y coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (Gérvas, Ruiz, & Fernández, 2006).

En la tabla 4 podemos ver un resumen de los estudios sobre las variables anteriormente comentadas y su relación con la duración de la ITCC.

Tabla 4

Factores Clínicos que influyen en la duración de la ITCC en Trastornos Mentales Comunes.

Tipo de variable	Relación con la ITCC	Autores
Comorbilidad	Los casos con comorbilidad están relacionados con una ITCC más larga ya que son procesos más graves y precisan de un tratamiento más largo.	Kessler et al., 2005; Huijs et al., 2012; Catalina-Romero et al., 2013; Plaisier et al., 2010; Pastrana-Jiménez et al., 2013; Labrador, Quirós, & Estupiñá, 2011.
Gravedad de síntomas	Diferentes aspectos relacionados con la gravedad del trastorno se relaciona con una ITCC más larga.	Andersen et al., 2012; Dewa et al., 2003; Kessler et al., 2005; van den Brink et al., 2002; Blank et al., 2008; Vlasveld et al., 2013.
Comunicación entre profesionales	Problemas relacionados con la comunicación entre los diferentes agentes relacionados con la gestión de la ITCC está relacionado con una IT más larga.	Martin et al., 2012; Andersen et al., 2012; Burstrom et al., 2011; Nash-Wright, 2011; Anema et al., 2006; Gérvas, Ruiz, & Fernández, 2006.
Tratamientos previos	Tener antecedentes por un problema similar está relacionado con una IT más larga.	Hansen, Edlund, & Bränholm, 2005; Muschalla, Linden, & Jöbges, 2016; Nielsen et al., 2011; Øyeflaten et al., 2014; van Beurden et al., 2015.
	Haber realizado una terapia psicológica previamente está relacionado con una IT más corta para la siguiente baja.	Boschen et al., 2009; Shelton, 2009; van der Klink et al., 2003.
Infratratamiento	El infratratamiento o tratamiento ineficaz son causas que alargan la IT.	Nash-Wright, 2011; Álvarez-Barón, Basurte, Jiménez y Zamora 2010; Araña, 2008; Vaquero Abellán et al., 2013.

Nota: ITCC= Incapacidad Temporal Contingencia Común.

4. Demora en la derivación al tratamiento: Un factor relacionado con el tratamiento importante en la reducción del tiempo de RTW

4.1.Derivación.

Los sistemas de salud no han sido capaces de dar respuesta a la necesidad de abordar la carga de enfermedad que suponen los Trastornos Mentales, por lo tanto, sigue habiendo una disonancia entre la necesidad de tratamiento y su prestación sanitaria. Atender a las personas con Trastornos Mentales y hacerlo de manera prioritaria es un objetivo que se han marcado diferentes países europeos (Clark et al., 2009; Fleten et al., 2004; Martin et al., 2012; van der Klink & van Dijk, 2003). Existe un gran acuerdo en la literatura especializada, indicando que hay que hacer la derivación de los pacientes con trastorno mental tan pronto como sea detectada la necesidad (Catalina-Romero et al., 2013; Cornelius et al., 2011; Fernández et al., 2006; Flach et al., 2012; Haro et al., 2006; Kessler et al., 2005, 2007; Tortella-Feliu et al., 2016). De hecho se recomienda una intervención temprana en aquellos factores que son modificables (Vlasveld et al., 2013) y se ha dicho que facilitar el acceso al tratamiento clínico puede tener mejores resultados y tener más éxito en pacientes con Trastornos Mentales Comunes si se realiza en las primeras fases (Dewa, Hoch, Carmen, Guscott, & Anderson, 2009; Pomaki, Franche, & Murray, 2012; Sogaard & Bech, 2009; Wang et al., 2007).

Pero, ¿qué se considera Derivación Temprana? Pese a que la literatura nos advierte de unos mejores resultados si realizamos una intervención precoz, no parece haber acuerdo en la definición entre los diferentes estudios. Insistir en la prevención es una máxima cuando hablamos de salud mental y hay trabajos que han demostrado ser eficaces si se realizan intervenciones en el lugar del trabajo, antes de que el trabajador precise un periodo de ITCC (Kant, Jasen, van Amelsvoort & Berkouwer, 2008; van der Klink et al., 2003; White, 2015) De

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

ahí, que algunos hablen de intervención temprana cuando hacen referencia a prevención, es decir, empezar algún tipo de intervención cuando el trabajador inicia con sus primeros síntomas, pero todavía sigue activo en su puesto laboral (Demou et al., 2016). La intervención psicológica en estos casos puede mejorar la salud de los trabajadores y reducir así la probabilidad de iniciar una baja laboral por dicha enfermedad (van der Klink et al., 2003).

Otros hacen referencia a una intervención rápida una vez el trabajador ya ha cogido la baja laboral pero, en este caso, los plazos temporales son diferentes. Hay trabajos dónde se considera intervención temprana si se interviene en la segunda semana (van Beurden et al., 2013; Lammerts et al., 2017; van der Klink et al., 2003), en la tercera semana (Brouwers et al., 2009), antes del primer mes (Roelen et al., 2012), a la cuarta semana como marca la legislación Sueca (Burstrom et al., 2011) o antes de la sexta semana tal y como dicta la Ley Holandesa de Mejora de Gatekeeper (Gatekeeper Improvement Act, GIA). Esta Ley, establece que en la sexta semana, como máximo, el médico del trabajo debe realizar un primer análisis del problema y estimar la duración de la baja para poder programar el siguiente paso de actuación (Cornelius et al., 2011; Flach et al., 2012; Hoefsmit et al., 2012; Rebergen, Bruinvels, Bos, van der Beek, & van Mechelen, 2010). En Reino Unido, por ejemplo, el programa Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) aplicable en todo el país, establece en 21 días el tiempo máximo que tiene que pasar entre que el paciente acude a solicitar el servicio de atención psicológica y la visita con el especialista (Clark et al., 2009). Y en España, Vaquero et al. (2013) tomó como medida óptima para la primera intervención y por lo tanto, consideró como intervención temprana, aquellas intervenciones que se realizaron con una duración menor o igual que el tiempo estándar publicado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, que en el caso de trastorno mental común oscila entre los 20 y los 45 días, según la patología.

En la tabla 5 podemos ver un resumen de los estudios sobre derivación temprana y sus plazos temporales.

Tabla 5

Plazos temporales de derivación temprana según diferentes autores.

Plazos de derivación temprana	Autores
Antes de iniciar la ITCC	Kant et al., 2008; van der Klink et al., 2003; White et al., 2015; Demou et al., 2016.
Antes de la segunda semana de ITCC	van Beurden et al., 2013; Lammerts et al., 2017; van der Klink et al., 2003.
Antes de la tercera semana de ITCC	Brouwers et al., 2009.
Antes del primer mes de la ITCC	Roelen et al., 2012.
Antes de la sexta semana de la ITCC	Cornelius et al., 2011; Flach et al., 2012; Hoefsmit et al., 2012; Rebergen, Bruinvels, Bos, van der Beek, & van Mechelen, 2010; Clark et al., 2009.

Nota: ITCC= Incapacidad Temporal Contingencia Común.

Justamente, la dificultad de acceso a la atención especializada y el retraso en el inicio del tratamiento es uno de los factores de tipo sanitario menos estudiados, según una revisión bibliográfica realizada en España (Álvarez-Barón, Basurte, Jiménez y Zamora, 2010). Se ha visto como los profesionales sanitarios facultativos que trabajan en hospitales españoles presentan duraciones de ITCC más cortos con respecto a la población general. Además de tener en cuenta el carácter vocacional y la mayor responsabilidad adquirida por su profesión, es

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

probable que se deba a que las listas de espera y los tiempos de atención de estos pacientes son muy breves, lo que les permite acortar las bajas de forma significativa. Esto puede hacernos ver que una mejor gestión de la ITCC es fundamental para acortar los tiempos que innecesariamente alargan la baja (Álvarez-Barón, Basurte, Jiménez y Zamora, 2010).

Por otra parte, en una revisión de 45 trabajos donde se analizaba la intervención para reducir el absentismo laboral por enfermedad a largo plazo, se concluyó que los tres puntos clave para conseguir unos mejores resultados fueron: a) la intervención temprana, b) la intervención multidisciplinar, c) e incluir un componente de orientación profesional en la recuperación (Gabbay et al., 2011).

Una atención temprana en trabajadores con patología mental se asoció a un menor índice de recaídas, lo que es beneficioso tanto para el trabajador, como para la empresa y la sociedad en general (Hoefsmits et al., 2012). El mejorar la organización entre los diferentes niveles asistenciales y mejorar el acceso a las pruebas diagnósticas y a las interconsultas con los especialistas permite acortar los tiempos de espera y por lo tanto acortar los procesos de ITCC (Nash-Wright, 2011); permite además ahorrar el gasto que se deriva del alargamiento de estas bajas de manera innecesaria (Álvarez-Barón, Basurte, Jiménez y Zamora, 2010) y reduce la probabilidad de cronificar la patología.

Se ha comprobado que la intervención psicológica es eficaz en patologías relacionadas con el estrés (van Oostrom, van Mechelen, Terluin, de Vet, & Anema, 2009) y en trabajadores con sintomatología depresiva severa (Lexis et al., 2011). Y concretamente las técnicas basadas en la TCC centradas en el trabajo han sido descritas como las más efectivas para conseguir una reducción de la duración de las bajas en Trastornos Mentales Comunes (Lagerveld, Blonk, Brenninkmeijer, Wijngaards-de Meij, & Schaufeli, 2012) y pueden ser un factor clave para

promover una conducta proactiva del trabajador enfocada a la reincorporación laboral temprana (Ansoleaga et al., 2015; Muijzer et al., 2012).

4.2. Derivación temprana como variable moduladora de la baja: diferentes experiencias.

Existen estudios que confirman la efectividad de una intervención temprana en casos de ITCC por patologías físicas como por ejemplo en las enfermedades musculoesqueléticas (Leon et al., 2009; Skouen & Kvåle, 2009; Vermeulen, Anema, Schellart, van Mechelen, & van der Beek, 2009) o en dolores de espalda (Haldorserf, Kronholmb, Skouenc, & Ursina, 1998; Jensen, Jensen, Christiansen, & Nielsen, 2011; Schultz, Chlebak & Law, 2016). Y hemos encontrado trabajos dónde queda reflejada la importancia de la derivación temprana a un especialista en salud mental, sin embargo, pocos son los trabajos que hablen de población laboral y Trastornos Mentales Comunes con intervención de un especialista en salud mental. A continuación se muestran estos trabajos clasificados según el profesional que interviene en el tratamiento.

a) Tratamiento por médicos de Atención Primaria.

Se ha observado que el tiempo que lleva de baja el paciente antes de ser remitido a un programa rehabilitador, realizado por un médico generalista, predice el no retorno al trabajo y además está asociado a más prestaciones médicas (Ahlgren et al., 2007; Burstrom et al., 2011; Dekkers-Sánchez et al., 2008; Øyeflaten et al., 2014). Por ejemplo, Brouwers et al., (2009) estudiaron qué factores predicen el regreso al trabajo en patologías mentales leves o con angustia emocional, y concluyeron que uno de los principales predictores de una baja larga, es la demora de más de tres semanas en ser atendido por un médico de cabecera. En la misma línea, en el estudio de Dewa, Hoch, Lin, Paterson y Goering (2003) sobre el uso de

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

antidepresivos en los primeros 30 días del inicio de la ITCC se asoció con una duración de la baja más corta, concretamente 24 días. Así pues, estos estudios nos indican que una intervención temprana por parte del médico se relaciona significativamente con una duración menor de las bajas por ITCC en procesos depresivos.

b) Tratamiento por médicos del Trabajo.

Dentro de la especialidad de Medicina del Trabajo encontramos una revisión de estudios que indica que, solo dos están definidas como facilitadoras de la reincorporación laboral: por un lado la intervención temprana y por otro, el tratamiento multidisciplinar (Hoefsmit et al., 2012). Con respecto a la intervención temprana, hay trabajos que destacan la importancia de la adherencia de los médicos del trabajo a las guías clínicas Holandesas sobre trabajadores con Trastornos Mentales Comunes (Rebergen, Bruinvels, Bos, van der Beek, & van Mechelen, 2010; van Beurden et al., 2013; van der Klink et al., 2003) que promueven un primer contacto con el trabajador a las dos semanas de la baja, ya que se ha podido observar como una mejor aplicación de estas directrices conduce a una IT más corta (Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink, & Tummers-Nijssen, 2003; Rebergen et al., 2006; Rebergen, Bruinvels, van Tulder, van der Beek, & van Mechelen, 2009). Esta guía además indica que las técnicas de tratamiento están promovidas por una terapia de activación, dónde el paciente aprende a desarrollar y a aplicar estrategias de corte cognitivo conductual como la solución de problemas, inoculación del estrés, exposición graduada a la recuperación funcional, reestructuración cognitiva, fomentar el apoyo social...Sin embargo, como previamente hemos dicho estas técnicas son aplicadas por médicos del Trabajo.

Con respecto al tratamiento multidisciplinar, el otro gran factor facilitador de la reincorporación laboral, se ha visto que ayuda a apoyar el alta en la mayoría de los estudios con quejas psicológicas (van der Feltz-Cornelis et al., 2010; van der Klink et al., 2003).

c) Tratamiento por médicos de seguros.

Un estudio realizado por médicos de seguros en colaboración con expertos en el sector laboral tuvo en cuenta la derivación temprana, de 1 a 2 semanas, desde el inicio de la baja en trabajadores de baja pero sin contrato laboral, es decir, que habían sido despedidos o habían terminado el contrato durante los primeros días de la baja. Este estudio encontró que la aplicación de un método centrado en técnicas de cuidado de la salud ocupacional, con un enfoque participativo, con atención integral y colocación directa en un trabajo, conllevó un alto coste económico y no redujo la duración de las bajas (Lammerts et al., 2017).

d) Tratamiento por médicos especialistas en Psiquiatría.

El estudio de van der Feltz- Cornelis et al., 2010 fue el primer ensayo clínico aleatorizado diseñado para evaluar la eficacia de la consulta psiquiátrica en el entorno de salud laboral en Holanda para empleados enfermos con Trastornos Mentales Comunes. Los resultados mostraron que, a los tres meses de la inclusión en el programa, la consulta y el tratamiento psiquiátrico conduce a una reincorporación más temprana al trabajo (un 58% frente al 44% en el grupo control). Un análisis más detallado mostró que el retorno al trabajo fue 68 días más rápido en el grupo de consulta psiquiátrica que en el grupo control (consulta habitual). Por tanto, la conclusión fundamental de este estudio es que es posible lograr una reincorporación más temprana a través de la consulta psiquiátrica en la que el psiquiatra le da el consejo y formación al médico del trabajo sobre el tratamiento. Una de las limitaciones importantes de este estudio se basa en que la inclusión en el estudio no tuvo en cuenta la demora en derivar a tratamiento al paciente, que va desde una a cuarenta y seis semanas, con una media de 144 días. Los autores afirman que puede que sea posible que la intervención fuera más eficaz si se inicia al principio de la baja laboral.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Por otra parte, un estudio con pacientes que tenían una baja de larga evolución y se sometieron a una evaluación múltiple y sistemática presidida por: un psiquiatra, un médico rehabilitador y un cirujano ortopédico, concluyeron que si la evaluación se hubiese llevado a cabo en una etapa menos tardía no se hubiesen concedido tantas pensiones por invalidez por lo que aconseja seguir investigando (Gustafsson et al., 2011).

Sin embargo, en la revisión bibliográfica que hemos llevado a cabo hemos encontrado un trabajo que parece contradecir todo lo comentado hasta el momento, ya que encontraron que los trabajadores que consultaron un psiquiatra o un psicólogo en los primeros 30 días de la baja y eran recetados con medicación, tardaron más en reincorporarse (Prang et al., 2016) aunque la explicación dispar de esta conclusión quizás tenga que ver con la gravedad de los síntomas referidos, puesto que promueven una baja más larga (Ebrahim et al., 2013).

e) Tratamiento por Psicólogos.

En los estudios anteriormente comentados, la intervención terapéutica no fue realizada por un psicólogo, y en ocasiones la terapia aplicada no fue la Terapia Cognitiva Conductual recomendada por las guías clínicas para cada diagnóstico. Al igual que Nash-Wright (2011), nosotros somos de la opinión que la intervención temprana en patología psicológica común dará como resultado un acortamiento de la ITCC. Sin embargo y pese a reconocer la importancia que tiene la derivación temprana de trabajadores en ITCC por Trastornos Mentales Comunes a un especialista en salud mental, hasta dónde nosotros conocemos, no existen estudios dónde se analice como afecta éste tiempo en la duración de la baja laboral y en la sintomatología clínica del trabajador. Por lo tanto, no se han encontrado estudios de derivación temprana cuyo tratamiento esté fundamentado en técnicas psicológicas impartidas por psicólogos especialistas.

Así pues, podemos ver que una cuestión muy importante que está pendiente por responder todavía es, comprobar si cuando hacemos la derivación de una persona con una ITCC debido a un Trastorno Mental Común, de una forma temprana a un psicólogo para una intervención de TCC se asocia a una disminución significativa de la duración media de la ITCC y a una mejoría clínica.

En la tabla 6 podemos ver un resumen de los estudios que relacionan la derivación temprana y los Trastornos Mentales Comunes según los especialistas que intervienen.

Tabla 6

Estudios que relacionan la derivación temprana y los Trastornos Mentales Comunes.

Tipo de especialistas	Autores
Médicos de Atención Primaria	Ahlgren et al., 2007; Burstrom et al., 2011; Dekkers-Sánchez et al., 2008; Øyeflaten et al., 2014; Brouwers et al., 2009; Dewa, Hoch, Lin, Paterson y Goering, 2003.
Médicos del Trabajo	Hoefsmit et al., 2012; Rebergen, Bruinvels, Bos, van der Beek, & van Mechelen, 2010; van Beurden et al., 2013; van der Klink et al., 2003; Nieuwenhuijsen, Verbeek, Siemerink, & Tummers-Nijssen, 2003; Rebergen et al., 2006; Rebergen, Bruinvels, van Tulder, van der Beek, & van Mechelen, 2009; van der Feltz-Cornelis et al., 2010; van der Klink et al., 2003.
Médicos del seguro	Lammerts et al., 2017.
Médicos Psiquiatras	van der Feltz-Cornelis et al., 2010; Gustafsson et al., 2011; Prang et al., 2016; Ebrahim et al., 2013.

5. Trastornos Mentales Comunes

En nuestro trabajo denominaremos “Trastornos Mentales Comunes” al conjunto de diagnósticos de trastornos de ansiedad, depresión y trastornos relacionados con el estrés o trastornos adaptativos tal y como se hace en la literatura científica (Andersen et al., 2014; I Arends et al., 2014; Glozier, 2002; Naidu et al., 2016; Noordik, Van Dijk, Nieuwenhuijsen, & Van Der Klink, 2009; Pomaki et al., 2012; van Beurden et al., 2013). Representan condiciones menos graves pero son muy frecuentes en la población y esta terminología es usada frecuentemente en estudios de ámbito laboral.

5.1. Descripción de los diferentes trastornos mentales.

Los diagnósticos que hemos tenido en cuenta en nuestro trabajo para la clasificación de los Trastornos Mentales Comunes según criterios del DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) han sido dentro de la clasificación de trastornos depresivos, el trastorno de depresión mayor y el trastorno depresivo persistente (distimia). En la clasificación de los trastornos de ansiedad hemos incluido la fobia específica, el trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada. Y por último, dentro de la clasificación trastornos relacionados con traumas y con factores de estrés, recogimos el trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo y trastornos de adaptación. A continuación vamos a recoger los criterios diagnósticos de cada uno de estos diagnósticos.

a) Trastorno depresivo mayor 296.xx (F32.x).

A- Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).
3. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C- El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

D- La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E- Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía.

b) Trastorno Depresivo Persistente (Distimia) 300.4 (F34.1).

A- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, por más días que no, como lo indica el propio sujeto u observado por los demás, por lo menos 2 años.

B- Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes:

1. Falta de apetito o comer en exceso.
2. El insomnio o hipersomnia.
3. Baja energía o fatiga.
4. La baja autoestima.
5. Concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C- Durante el período de 2 años (1 año para niños o adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D- Criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar continuamente presentes durante 2 años.

E- Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F- La alteración no se explica mejor por un trastorno persistente esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro espectro de la esquizofrenia determinado o indeterminado y otro trastorno psicótico.

G- Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) o de otra condición médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

H- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

c) Fobia específica 300.29 (F40.248).

A- Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p.ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre.)

B- El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.

C- El objeto o situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa

D- El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o la situación específica y al contexto sociocultural.

E- El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.

F- El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

G- La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas de tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como la agorafobia), objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

(como el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

d) Agorafobia 300.22(F40.00).

A- Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes:

1. Uso del transporte público (p.ej. automóviles, autobuses trenes, barcos, aviones).
2. Estar en espacios abiertos (p.ej. zonas de estacionamiento, mercados, puentes).
3. Estar en sitios cerrados (p.ej. tiendas, teatros, cines).
4. Hacer cola o estar un medio de una multitud.
5. Estar fuera de casa solo.

B- El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas de tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos (p.ej. miedo a caerse en las personas de edad avanzada; miedo a la incontinencia).

C- Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad.

D- Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa.

E- El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural.

F- El miedo, ansiedad o la evitación es continuo, y dura típicamente seis o más meses.

G- El miedo, la ansiedad o la evitación causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H- Si existe otra afección médica (p.ej. enfermedad intestinal inflamatoria, enfermedad de Parkinson), el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva.

I- El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, por ejemplo, los síntomas no se limitan a la fobia específica, tipo situacional; no implican únicamente situaciones sociales (como el trastorno de ansiedad social); y no están exclusivamente relacionados con las obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), defectos o imperfecciones percibidos en el aspecto físico (como en el trastorno dismórfico corporal), recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático) o miedo a la separación (como en el trastorno de ansiedad por separación).

e) Trastorno de pánico 300.01 (F41.0).

A- Ataques de pánico, imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

1. Palpitaciones, golpeo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Dolor o molestias en el tórax.
6. Náuseas o malestar abdominal.
7. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
8. Escalofríos o sensación de calor.
9. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

10. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).
11. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
12. Miedo a morir.

B- Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno de los hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p.ej. pérdida de control, tener un ataque al corazón, “volverse loco”.
2. Tener un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p.ej. comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio físico o de las situaciones no familiares).

C- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p ej. hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p.ej. los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como la fobia específica; en respuesta a obsesiones como el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

f) Trastorno de Ansiedad Generalizada 300.02 (F41.1).

A- Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

B- Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

C- La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses).

1. Inquietud o sensación de estar atrapado con los nervios de punta.
2. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
3. Irritabilidad.
4. Tensión muscular.
5. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto o insatisfactorio).

D- La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos asociados provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E- La alteración no se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p.ej. hipertiroidismo).

F- La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p.ej. ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Todas las características mencionadas deben estar presentes para hacer un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada.

g) Trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10).

A- Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual ya sea real o amenaza, en una o más de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso traumático.
2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p.e. socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B- Presencia de uno o más de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático.

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.

3. Reacciones disociativas (p.e escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de forma continua y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.)
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

C- Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos, o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
2. Evitación o esfuerzos por evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.

D- Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:

1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como la lesión cerebral, alcohol o drogas).

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej., “Estoy mal”, “No puedo confiar en nadie”, “El mundo es muy peligroso”, “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej. felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E- Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia, con poca o ninguna provocación, que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p.ej. dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F- La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej. medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si tiene síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p.ej. como si se soñara, sentido de realidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).
2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p.ej. el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Especificar si tiene expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).

h) Trastorno de estrés agudo 308.3 (F43.0).

A- Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual ya sea real o amenaza, en una o más de las formas siguientes:

- a. Experiencia directa del suceso traumático.
- b. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

- c. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
- d. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p.ej., socorristas que recogen restos humanos, policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

B- Presencia de nueve o más de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del suceso traumático:

Síntomas de intrusión.

- 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.
- 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso.
- 3. Reacciones disociativas (p.ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. (Estas reacciones se pueden producir de manera continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).
- 4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Estado de ánimo negativo.

- 5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos.

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p.ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del o estrechamente asociados al suceso traumático.

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia con poca o ninguna provocación que se expresa típicamente como agresión verbal física contra personas u objetos.
12. Hipervigilancia.
13. Problemas con la concentración.
14. Respuesta de sobresalto exagerada.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

C- La duración del trastorno (síntomas del criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

D- La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E- La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej. medicamento o alcohol) u otra afección médica (p.ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

i) Trastorno de adaptación 309.X (43.x).

A- Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor de estrés.

B- Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C- La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D- Los síntomas no representan el duelo normal.

E- Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

5.2. Eficacia de la TCC para los Trastornos Mentales Comunes.

Las guías de práctica clínica ayudan a los profesionales de la salud, a los programas de formación, responsables políticos, y público en general a mejorar la salud mental, del comportamiento y física mediante la promoción de las prácticas basadas en la mejor evidencia disponible. Por ejemplo la Asociación Americana de Psicología (APA), el (IOM), el Instituto Nacional para la Salud y Cuidado de Excelencia (NICE) promueven directrices de alta calidad que aunque son de carácter consultivo y no de aplicación obligatoria facilitan la toma de decisiones (Hollon et al., 2014). No se trata solo de demostrar que una técnica es eficaz, sino que lo es más que otras alternativas y en mejores condiciones, por ejemplo, terapia más breve, más económico, menos efectos secundarios, etc. La determinación de que un tratamiento es eficaz viene avalado por la presencia de dos o más estudios rigurosos realizado por diferentes investigadores y con diseños experimentales intergrupales con un mínimo de 30 sujetos por grupo. Además que cuente con un manual de tratamiento claramente detallado y haber sido aplicado en personas identificados según un criterio diagnóstico consensuado por ejemplo por el manual DSM (Echeburúa & Corral, 2001; Seligman, 1995).

En marzo de 2009 se emitió una guía sobre la gestión de las bajas por enfermedad a largo plazo (más de 4 semanas) y la incapacidad para el trabajo por el Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica (NICE) como parte de la cartera de la sanidad pública. En el contexto de la reforma de la Sanidad en Reino Unido esta guía utilizó la mejor evidencia disponible hasta el momento para hacer sus recomendaciones en cuestiones de intervención y recogió los programas más efectivos y rentables para reducir la ITCC (Gabbay et al., 2011). Entre los años 2004 y 2007 la publicó una serie de guías clínicas que apoyan firmemente el uso de ciertas terapias psicológicas para el tratamiento. La TCC es el tratamiento de elección para

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

los trastornos del estado de ánimo, en concreto la depresión (NICE, 2004a; NICE, 2006) se espera la nueva actualización para noviembre del presente año, 2017, y para los trastornos de ansiedad (NICE, 2004b; NICE, 2005a; NICE, 2005b; NICE, 2006).

Continuas actualizaciones van surgiendo y diferentes puntos de vista se van afianzando según vamos comprendiendo mejor la psicopatología y aplicando la metodología de investigación más sofisticada, lo que va desarrollando tratamientos psicológicos más eficaces para una gran variedad de trastornos del comportamiento (Barlow, Bullis, Comer, & Ametaj, 2013; Beck, 2013; Beck & Haigh, 2014; Newman, Llera, Erickson, Przeworski, & Castonguay, 2013). Los tratamientos psicológicos con técnicas contempladas dentro de la TCC han demostrado ser eficaces para abordar los Trastornos Mentales Comunes (Barlow et al., 2013; Clark, 2011; Fernández et al., 2006; Hollon, Stewart, & Strunk, 2006; Moriana & Martínez, 2011; Naidu et al., 2016; van der Klink & van Dijk, 2003). Son bien conocidas sus ventajas con respecto al tratamiento psiquiátrico. Se ha comprobado que las terapias psicológicas son clínicamente eficaces, sin efectos secundarios y presentan una mejor relación coste-beneficio (Bortolotti, Menchetti, Bellini, Montaguti, & Berardi, 2008; Campbell, Norcross, Vasquez, & Kaslow, 2013; Cape et al., 2010; Richard Layard & Clark, 2015; Martín et al., 2009; Prince et al., 2007; Richards & Suckling, 2009). Poseen además otras ventajas, tales como que el cambio terapéutico se mantiene durante más tiempo, existe menos riesgo de recaídas y obtienen unas tasas de recuperación clínica superiores, esto es, no dejan ninguna sintomatología residual una vez finalizado el tratamiento (APA, 2012; NICE, 2011). Aplicado al mundo laboral hay referencias sobre que la aplicación de la TCC puede acortar los periodos de ITCC en patología mental (Dewa et al., 2009; Doki, Sasahara, & Matsuzaki, 2015; Pomaki et al., 2012).

6. Resumen de los antecedentes

Una de las funciones de la Seguridad Social es la de proteger al trabajador cuando éste tiene un problema de salud derivado de un accidente o enfermedad común. Esta situación se denomina Incapacidad temporal por contingencia común. Durante este proceso las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social pueden participar tanto en la prestación económica como en la prestación sanitaria orientada a recuperar al trabajador de manera funcional a su puesto de trabajo. Para ello es primordial el buen uso de los sistemas de información que nos ayuden a realizar los seguimientos de los procesos de ITCC ya que como se ha visto el uso de estas herramientas junto con un programa de gestión y control de la ITCC puede ayudar a reducir el absentismo laboral. Las Mutuas disponen de recursos especializados para valorar la Incapacidad de un trabajador y para ofrecer el tratamiento más adecuado, con tiempos de espera cortos, con citas periódicas y profesionales especializados.

En concreto, los Trastornos Mentales tienen un peso muy importante sobre la carga de enfermedad global y en los últimos años está aumentando de manera muy importante. Sin embargo, los recursos asignados siguen siendo insuficientes.

Dentro del mundo laboral, tanto la frecuencia como la duración de los Trastornos Mentales es muy elevada y en muchos países europeos son la segunda causa más frecuente de ausencia en el trabajo, y ocupan el segundo y/o tercer lugar en el ranking de duración media de las diferentes patologías por lo tanto tienen un mayor riesgo de incapacidad permanente y de recurrencia. Como consecuencia, reducir el número de días que un trabajador permanece de baja por un problema de salud mental es un objetivo compartido por el propio trabajador, empresa y sociedad. Son cada vez más los estudios que profundizan en las variables que pueden modular la duración de estas bajas y quizás uno de los menos estudiados y sin embargo, modificable, es el tiempo que tardamos en detectar la necesidad de tratamiento y derivar a un

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

especialista de la salud mental. La derivación temprana puede ser un gran aliado para reducir las consecuencias de una baja por Trastornos Mentales Comunes larga, y la intervención psicológica, en concreto la TCC se ha comprobado eficaz para reducir los síntomas y en ocasiones acortar las duraciones de la ITCC. Sin embargo, como hemos podido ver en la revisión bibliográfica son escasos los trabajos que hablan de intervención temprana y especialistas en salud mental. No hemos encontrado trabajos que hablen de la intervención temprana con tratamiento psicológico realizado por psicólogos sanitarios.

Marco Experimental

II. Marco Experimental

1. Objetivos

1.1. Objetivo Principal

El objetivo principal de esta Tesis es estudiar el efecto de la derivación temprana a una TCC sobre la duración de la ITCC y en la mejoría clínica, en personas con Trastornos Mentales Comunes.

1.2. Objetivos específicos.

Este objetivo se puede concretar en los siguientes objetivos específicos:

1. Analizar las características sociodemográficas de los participantes con Trastornos Mentales Comunes en situación de ITCC.
2. Analizar las características clínicas de los participantes con Trastornos Mentales Comunes en situación de ITCC.
3. Analizar las diferencias en el tiempo de derivación en función del diagnóstico.
4. Analizar las diferencias entre los participantes en la duración total de la ITCC en función del tipo de derivación al tratamiento.
5. Analizar las diferencias entre los participantes en la duración parcial de la ITCC en función del tipo de derivación al tratamiento.
6. Analizar las diferencias entre los participantes en la duración del tratamiento psicológico en función del tipo de derivación al tratamiento.
7. Analizar las diferencias entre los participantes en el tiempo transcurrido entre el alta psicológica y alta laboral en función del tipo de derivación al tratamiento.

8. Analizar si existen diferencias en la mejoría psicológica de los participantes antes y después del tratamiento psicológico en función del tipo de derivación al tratamiento.

2. Hipótesis

Los objetivos planteados se pueden concretar en las siguientes hipótesis:

1. No existirán diferencias en el tiempo de derivación en función del diagnóstico.
2. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una menor duración total de la ITCC que los que son derivados tardíamente.
3. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una menor duración parcial de la ITCC que los que son derivados tardíamente.
4. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una menor duración de tratamiento psicológico que los que son derivados tardíamente.
5. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán un menor tiempo transcurrido entre el alta psicológica y el alta laboral que los que son derivados tardíamente.
6. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una mejoría mayor al finalizar el tratamiento que los que son derivados tardíamente.

3. Método

3.1. Procedimiento.

Nuestro trabajo contó con la aprobación del Comité Ético Autonómico de Estudios Clínicos (CAEC) de la Generalitat Valenciana (ver apéndice I).

Nos pusimos en contacto con los psicólogos sanitarios y/o clínicos que habitualmente trabajan para la mutua como centros ajenos y les propusimos colaborar desinteresadamente en el

proyecto. Dieciocho psicólogos de doce provincias diferentes de España firmaron el compromiso de investigador colaborador (ver apéndice II) para la recogida de muestra: 2 de A Coruña, 3 de Alicante, 1 de Benidorm, 1 de Castellón, 1 de Elda, 1 de Gandía, 1 de Gijón, 1 de Madrid, 1 de Onteniente, 1 de Oviedo, 4 de Valencia y 1 de Yecla.

Todos los psicólogos vienen ejerciendo técnicas de TCC desde hace años para la mutua y por lo tanto, son todos conocedores de las técnicas de esta disciplina. Por ello eran firmes candidatos a la inclusión en el programa. Se les envió el protocolo de actuación (ver apéndice III) por mensajería ordinaria, al tiempo que una versión en formato on line, con todo el procedimiento a aplicar, los cuestionarios pre y post (ver apéndice IV) y la hoja de recogida de datos (ver apéndice V). No todos empezaron su colaboración con este proyecto al mismo tiempo, sino que ha habido una pequeña minoría que empezó su colaboración durante el periodo de recogida de muestra.

Algunos de los participantes (N=69, 41% del total) antes de iniciar el tratamiento por el psicólogo de mutua fueron derivados a una Valoración para la confirmación del diagnóstico. El resto (N=98, 59% del total) fueron derivados directamente para el tratamiento, si durante la dos primeras consultas el psicólogo descubriera que el diagnóstico dado por el SPS no era de Trastornos Mentales Comunes era inmediatamente excluido del estudio aunque se continuaba con el tratamiento. En ambos casos, el primer día del mismo el psicólogo le ofrece la participación en el estudio explicando el método verbalmente y se les entregó un documento por escrito para que pudieran leerlo en casa (ver apéndice VI). Los psicólogos fueron ciegos al diseño experimental de la investigación, sabían que se iba a valorar la eficacia del tratamiento pero desconocían a que condición (derivación tardía vs temprana) se iba a asignar el paciente. No se contabilizaron los casos en que las personas rechazaron su participación. Todas las personas que aceptaron firmaron el consentimiento informado (ver apéndice VII), leyeron las instrucciones (ver apéndice VIII) y rellenaron entre el primer y segundo día la batería de test

explicada anteriormente, obteniendo la primera medición de síntomas (momento pre-test). Una vez se consiguieron los objetivos terapéuticos pactados con el paciente en las primeras visitas y dando por recuperado al paciente funcionalmente para su trabajo habitual, se pasó en el último día de consulta la batería de post-test. Por lo tanto hubo dos momentos temporales de medición de síntomas, al principio y al final del tratamiento.

La intervención terapéutica se realizó a nivel individual, en todos los participantes, por un grupo de psicólogos sanitarios y siguiendo criterios terapéuticos consensuados publicados en libros y manuales clínicos validados por la comunidad científica (Caballo, 1991; Echeburúa & Corral, 2001; Labrador, Echeburúa, & Elisardo, 2000). Las visitas se realizaron con una periodicidad semanal. La duración de cada sesión de tratamiento fue de 50- 60 minutos. La intervención terapéutica consistió en la aplicación del programa psicológico basado en la TCC cuyo protocolo se estructuró en función de las necesidades particulares del paciente. No se establece previamente un número de sesiones, sino que en función de la necesidad se utilizarán más o menos sesiones. Las técnicas utilizadas durante el tratamiento fueron elegidas bajo el criterio del psicólogo según las necesidades y síntomas más predominantes.

La terapia cognitivo conductual es un conjunto de técnicas centradas en la terapia cognitiva y enfocada en la relación entre el pensamiento y la conducta. Conocemos que los pensamientos y los sentimientos juegan un papel muy importante en nuestro comportamiento. Se nutre de diferentes corrientes, dentro de la psicología científica siendo el resultado mucho más que la mera fusión entre la psicología cognitiva y la psicología conductual. Se suelen utilizar y combinar diferentes técnicas como la reestructuración cognitiva, identificación de pensamientos distorsionados, auto instrucciones, entrenamiento en autoobservación y modificación de pensamientos, el entrenamiento en la relajación física y mental, técnicas de afrontamiento, exposición, psicoeducación, técnica de solución de problemas, desensibilización sistemática, habilidades de afrontamiento,...

Los programas de tratamiento utilizados según la patología fueron:

- Tratamiento para el Trastorno de pánico con agorafobia (Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989; D. M. Clark et al., 1999; D. Clark & Salkovskis, 1987; Otto, Smits, & Reese, 2004)
- Terapia de exposición para las fobias (específica, social y agorafobia) (Heimberg et al., 1990; Trull, Nietzel, & Main, 1988).
- Terapia cognitivo-conductual para el trastorno de la ansiedad generalizada (Borkovec et al., 1993; Capafons, 2001; Öst & Breitholtz, 2000)
- Tratamiento para la Agorafobia sin ataques de pánico de Echeburúa y de Corral (Echeburúa & Corral, 1997).
- Tratamiento para el estrés postraumático y trastorno de estrés agudo de Resick y Schnicke, 1993 (Resick & Schnicke, 1993).
- Tratamiento para el trastorno adaptativo de Caballo, 1995; Van der Klink, 2003 (Caballo, 1991; van der Klink et al., 2003).
- Terapia cognitiva para la depresión (A. T. Beck, 1979; Dobson, 1989; Muñoz, Aguilar-Gaxiola, & Guzmán, 2000).
- Terapia conductual para la depresión (Addis & Jacobson, 1996).

El psicólogo rellenó un cuestionario de datos demográficos, laborales y clínicos recogidos durante la entrevista clínica, que junto con los resultados de los test han servido para llevar a cabo este trabajo. Durante todo el proceso se ha protegido el anonimato de los participantes.

Por motivos éticos no se establecieron dos condiciones experimentales predeterminadas con antelación, sino que siguiendo el circuito asistencial habitual, con posterioridad se dividió a la muestra en dos grupos. Un primer grupo con los participantes que fueron derivados a TCC con

el psicólogo dentro de los primeros 14 días de ITCC, es el grupo denominado Derivación Temprana. Un segundo grupo, con los participantes que fueron derivados a TCC con el psicólogo con una demora en la derivación mayor de 14 días, a este grupo lo denominamos Derivación Tardía. La elección del día 14 como punto de corte se realiza siguiendo las recomendaciones de autores como van Beurden et al., 2013, Lammerts et al., 2017 y van der Klink et al., 2003.

Como podemos ver en la figura 1, hemos recogido información sobre la duración de los distintos procesos dentro del período de ITCC clasificados en cinco momentos temporales, todos ellos medidos en días naturales, tales como:

- Demora en derivación: es el tiempo entre la fecha de baja laboral y la derivación al psicólogo.
- Duración total de la ITCC: los días entre fecha de baja laboral y fecha de alta laboral.
- Duración parcial de la ITCC: los días de ITCC descontando el tiempo de demora en derivación, es decir, los días entre la fecha de derivación a psicología y fecha de alta laboral.
- Duración del tratamiento: los días entre la fecha de inicio del tratamiento y la fecha de fin del tratamiento.
- Tiempo en coger el alta: los días entre la fecha del fin del tratamiento y la fecha de alta laboral. En ocasiones se produce antes el alta laboral que el alta psicológica y viceversa.

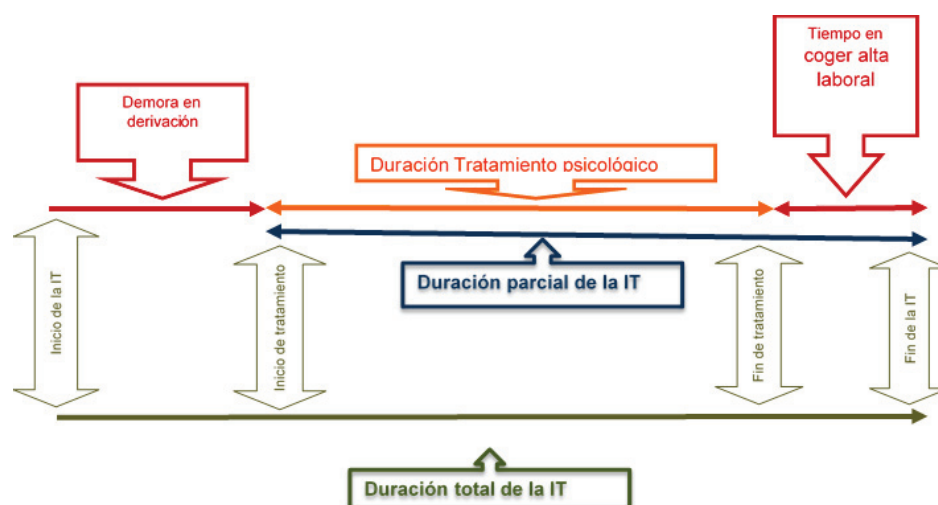


Figura 1: Plazos temporales de las diferentes fases de la Incapacidad Temporal.

Procedimiento estadístico.

Dado el tamaño muestral amplio, puede asumirse la normalidad de las variables que miden los tiempos aplicando el Teorema Central del Límite. Este teorema nos dice que si una muestra es lo bastante grande, generalmente cuando el tamaño muestral (n) supera los 30, sea cual sea la distribución de la media muestral, seguirá aproximadamente una distribución normal. Para alcanzar los objetivos se aplicarán distintas técnicas paramétricas (Filmus, 2010; Grinstead & Snell, 1997).

Para los análisis se utilizará el programa SPSS 23 y el nivel de significatividad empleado en los análisis será del 5% ($\alpha=0.05$). Para comprobar la hipótesis nº 1 “no existirán diferencias en el tiempo de derivación en función del diagnóstico se utilizará una ANOVA de un factor con contraste post-hoc de Tukey. Para comprobar la hipótesis nº 2, nº 3, nº 4 y nº 5 dónde se plantea que los pacientes derivados antes del día 14 de la ITCC tendrán una menor duración total de la ITCC, una menor duración parcial de la ITCC, una menor duración del tratamiento, y un menor

tiempo transcurrido entre el alta psicológica y el alta laboral se usará la Prueba T-student para muestras independientes. Y para la hipótesis nº 6 “los participantes que son derivados antes del día 14 de la ITCC presentarán mayor mejoría al finalizar el tratamiento que los que son derivados después del día 14” usaremos una ANOVA de medidas repetidas con un factor, la Prueba de simetría de Mc Nemar-Browker para los cuestionarios BDI y BAI, y para valorar la fiabilidad de las mediciones utilizaremos el Alfa de Cronbach. Las pruebas de simetría de McNemar-Bowker no son aplicables a las 2 dimensiones, positiva y negativa, del cuestionario PANAS por no existir una clasificación establecida de las puntuaciones globales en niveles o grados de afecto. Así pues, sólo se aplicarán ANOVAS de medidas repetidas para las puntuaciones globales (0-50) de ambas dimensiones.

3.2. Instrumentos.

La evaluación se realizó con instrumentos validados en población española entre los que destacamos los siguientes:

a) “Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV”.

Esta entrevista (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1995) permite obtener los principales diagnósticos del eje I según el DSM-IV-TR (Segal, 2010). Es ampliamente utilizada en la investigación y en la práctica clínica en salud mental. Presenta adecuadas propiedades psicométricas con una alta fiabilidad interjueces para los diferentes diagnósticos (Kappa= 0,66-0,83) (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011).

b) “Inventario de depresión de Beck-II”. .

Este inventario (Beck, Steer, & Brown, 1996) formado por 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta (0-4), valora sintomatología depresiva. Establece diferentes rangos cuantitativos de depresión: depresión ausente o mínima (< 13), depresión entre leve y moderada (14-19),

depresión moderada (20-28) y depresión grave (>28). Ofrece buenas propiedades psicométricas en su versión española (Sanz, García-Vera, Espinosa, & Fortún, 2005). En la muestra española presentaba una adecuada fiabilidad ($\alpha = 0,93$) y la fiabilidad de consistencia interna del BDI-II fue elevada (coeficiente alfa de 0,87). Los análisis factoriales indicaron que el BDI-II mide una dimensión general de depresión compuesta por dos factores altamente relacionados, uno cognitivo-afectivo y otro somático-motivacional.

Según nuestros resultados al aplicar este inventario los valores alfa (pre-post) son elevados ($\alpha > 0,85$) por lo que se puede afirmar que el instrumento BDI es adecuado, en nuestra muestra, para medir la depresión. En concreto en el pre-tratamiento $\alpha = 0,908$ y en el post-tratamiento $\alpha = 0,899$.

c) “Inventario de Ansiedad” de Beck (BAI).

Este inventario (Sanz & Navarro, 2003) formado por 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta (0-4), valora sintomatología ansiosa. Establece diferentes rangos cuantitativos de ansiedad: ansiedad ausente o mínima (< 7), ansiedad entre leve (8-15), ansiedad moderada (16-25) y ansiedad grave (> 26). La adaptación española está realizada por Sanz (2011). Los análisis factoriales indicaron que el BAI mide una dimensión general de ansiedad compuesta de dos factores relacionados (somático y afectivo cognitivo), pero estos factores apenas explicaban varianza adicional por lo que no se pierde mucha información al considerar únicamente la puntuación global. En la validación del instrumento en población española, la fiabilidad de consistencia interna del BAI fue elevada ($\alpha = 0,93$).

Aplicado a nuestra población se observa como ambos valores (pre y post) son elevados ($> 0,9$) por lo que se puede afirmar que también en nuestros trabajadores el BAI es adecuado como herramienta para medir la ansiedad. En concreto en el pre-tratamiento $\alpha = 0,908$ y en el post-tratamiento $\alpha = 0,909$.

d) *Escala de Afecto Positivo y Negativo* (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

Adaptado a la población española por Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, & Santed (1999) es un cuestionario de autoinforme de 20 ítems puntuados de 1-5, donde 0 es “nada” y 1 “muchísimo”. Incluye 10 ítems negativos y 10 ítems positivos y es una de las medidas del afecto más empleadas. Se ha indicado que posee excelentes propiedades psicométricas y proporcionan un fuerte apoyo a la validez de constructo y fiabilidad (consistencia interna) de la versión española del PANAS, así como a la validación transcultural del cuestionario y de la naturaleza bidimensional del afecto.

El Afecto Positivo (AP) refleja el punto hasta el cual una persona se siente entusiasta, activa, alerta, con energía y participación gratificante. El Afecto Negativo (AN) representa una dimensión general de distrés subjetivo y participación desagradable que incluye una variedad de estados emocionales aversivos como disgusto, ira, culpa, miedo y nerviosismo (Watson et al., 1988). Los coeficientes alfa de las subescalas AP y AN fueron notablemente elevados, tanto para el grupo de varones ($\alpha = 0.89$ en AP y 0.91 en AN) como en el de mujeres ($\alpha = 0.87$ en AP y 0.89 en AN) lo que corrobora la elevada consistencia interna que poseen estas dimensiones del afecto. La distinción entre AP y AN ha sido considerada como uno de los principales pilares para la diferenciación conceptual entre la ansiedad y la depresión. Tanto los diagnósticos clínicos de ansiedad y como de depresión se relacionan positivamente con el AN, mientras que solo los síntomas y diagnósticos depresivos se relacionan negativamente con el AP por lo que resulta muy interesante para nuestro estudio. La escala PANAS presenta, en nuestra muestra, unos valores alfa pre y post elevados, superiores al 0.85 por lo que se puede afirmar que el instrumento en sus dos dimensiones, positivo y negativo, es adecuado como herramienta para medir el afecto. En concreto, en el AP en el pre-tratamiento $\alpha = 0.888$ y en el post-tratamiento $\alpha = 0.941$. Y en el AN en el pre-tratamiento $\alpha = 0.860$ y en el post-tratamiento $\alpha = 0.853$.

3.3. Muestra.

Los participantes en el estudio (N=167) fueron reclutados por el facultativo médico de la mutua **umivale**, mutua colaboradora de la Seguridad Social nº15 de forma secuencial para todos las personas que cumplían los criterios de inclusión. El periodo de recogida de la muestra se realizó entre el 1 de junio 2015 y el 30 de noviembre del 2016.

Los criterios de inclusión fueron:

- Participantes de ambos sexos.
- De edades comprendidas entre 18 y 65 años.
- En situación de ITCC con procesos con una de duración superior a 15 días
- Que aceptaron voluntariamente ser tratados por la mutua.
- Con diagnóstico de trastorno de depresión Mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), la fobia específica, el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo y los trastornos de adaptación definido por el médico del SPS a la hora de realizar el parte de baja por ITCC.
- Que tuvieran la prescripción del SPS para iniciar tratamiento por mutua.
- Que aceptaron participar en el estudio y por lo tanto firmaron el consentimiento informado.
- Que terminaron el tratamiento psicológico de corte cognitivo conductual.

Fueron excluidos de su participación en el estudio los siguientes:

- Personas que ya estuvieran siendo tratados por otro especialista.
- Personas que tuvieran más de un diagnóstico médico (no psicológico) principal.
- Aquellos en los que el proceso de ITCC estuviera judicializado.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

- Personas con trastornos de personalidad.
- Personas con patología crónica, en fase aguda, limitante o dolorosa.
- Que no acepten ser tratados por la mutua.
- Que no acepten participar en el estudio.
- Que no hubiesen terminado el tratamiento psicológico.

La descripción sociodemográfica de la muestra, términos generales, como se puede ver en la tabla 7, la edad más frecuente, con un 35.4% se encuentra en la franja de edad de entre 35-45 años, seguida de la franja de edad entre 45-54 años con un 25.2%, le sigue la franja de entre 25-34 años con un 23.4%, entre los 55-65 años con un 13.7% y finalmente los participantes de entre 18-24 años con un 2.4%. Es predominantemente una población femenina (68.9%) y en su mayoría (57.5%) viven con sus hijos, independientemente de si tienen pareja o no, el 24.6% viven con sus parejas (sin hijos), el 15% vive solo y tan solo el 3% convive con familiares de pendientes. La mayoría de los participantes tenían estudios secundarios (39.5%), seguidos de participantes con estudios primarios (32.3%) y finalmente estudios universitarios medios y superiores (con un 15 y 13,2% respectivamente).

Tabla 7

Variables sociodemográficas de la muestra.

Variables sociodemográficas		<i>n</i>	%
Edad	de 18 a 24 años	4	2,4
	de 25 a 34 años	39	23,4
	de 35 a 44 años	59	35,4
	de 45 a 54 años	42	25,2
	de 55 a 65 años	23	13,7
Sexo	Hombre	52	31,1
	Mujer	115	68,9
Modo De Vida	Vive solo	25	15,0%
	En pareja	41	24,6%
	Con hijos, solo o en pareja	96	57,5%
	Con familiares dependientes	5	3,0%
	Ninguno	0	0,0%
Nivel Estudios	Primarios	54	32,3%
	Secundarios	66	39,5%
	Universitarios Medios	25	15,0%
	Universitarios Superiores	22	13,2%

Con respecto a las variables laborales, ver tabla 8, la mayoría de los participantes fueron trabajadores de primer nivel (85%) y tan solo el 12,6 y el 2,4% fueron supervisores o jefes de jefes respectivamente. Ningún alto ejecutivo se encuentra en nuestra muestra. La mayoría tienen una antigüedad en el puesto de trabajo de más de 10 años (39.2%), seguidos de participantes con una antigüedad entre 1 y 5 años (26.5 %) y de entre 5 y 10 años (24.1 %), y apenas supera el 10% aquellos con un contrato inferior a 1 año. La actividad laboral más frecuente es la que se dedica al comercio al por mayor y al por menor (22.2%), seguida de la categoría otros (15.6%) y las categorías de hostelería, actividades financieras y de seguros; y actividades administrativas y de servicios con un 12.6% cada una de ellas. El tipo de pago que perciben estos participantes se agrupan principalmente en el pago delegado por cuenta ajena con un 86.2% del total, seguido de pago directo por cuenta propia con un 10.8% y por último el pago directo por cuenta ajena con un 3% del total de participantes.

Tabla 8

Variables laborales de la muestra.

	Variables laborales	n	%
Cargo que ocupa	De primer nivel: peón, trabajador.	142	85,0%
	De segundo nivel: jefe, coordinador, supervisor.	21	12,6%
	De tercer nivel: jefe de jefes	4	2,4%
	De cuarto nivel: alto ejecutivo.	0	0,0%
Antigüedad Puesto	Menos de 3 meses.	2	1,2%
	Entre 3 y 6 meses	8	4,8%
	Entre 6 meses y 1 año.	7	4,2%
	Entre 1 y 5 años.	44	26,5%
	Entre 5 y 10 años.	40	24,1%
	Más de 10 años.	65	39,2%
Sector Laboral CNAE 2009	Sector de la Construcción	3	1,8%
	Comercio al por mayor y por menor	37	22,2%
	Transporte y almacenamiento	15	9,0%
	Hostelería	21	12,6%
	Actividades Financieras y de Seguros	21	12,6%
	Actividades profesionales, científicas y técnicas	5	3,0%
	Actividades Administrativas y servicios auxiliares	21	12,6%
	Administración Pública y Defensa	4	2,4%
	Educación	7	4,2%
	Sanitario	7	4,2%
	Otros	26	15,6%
Modalidad Pago	Pago Delegado por cuenta ajena.	144	86,2%
	Pago Directo por cuenta propia: autónomos.	18	10,8%
	Pago Directo por cuenta ajena.	5	3,0%

Nota: CNAE= Clasificación Nacional de Actividades Económicas.

Como podemos ver en la tabla 9, en lo que se refiere a las variables clínicas los participantes en su mayoría, el 66.5% no tenían antecedentes clínicos por un motivo semejante, el 13% tuvieron algún tipo de antecedentes en los últimos 5 años, el 11% lo tuvo hace más de 5 años, y no llega al 10% los que tuvieron problemas semejantes en el último año. El tiempo que pasó entre el inicio de sus síntomas y la ITCC actual fue para la mitad de nuestros participantes entre

3 y 6 meses, para el 24% pasaron entre 6 y 12 meses y para el 17% de menos de tres meses. Tan solo el 9% tuvieron síntomas durante más de un año antes de coger la baja laboral. En el 82% de la muestra no tenían comorbilidad clínica con ninguna otra patología física o médica, lo que significa que el 18% si la tuvieron durante este proceso de ITCC. La mitad de nuestros participantes (50%) estaban tomando ansiolíticos y antidepresivos recetados por el SPS, el 36% solamente ansiolíticos, el 6% solamente antidepresivos y tan solo el 8% no venían medicados. El diagnóstico confirmado por nuestros psicólogos una vez realizada la valoración o durante el tratamiento fue del 60% trastornos adaptativos, 25% de trastorno de ansiedad y el 15% de trastornos depresivos. Entre los motivos de consulta el 54% es por motivo laboral, el 38% por motivo personal y el 8% por motivos mixtos entre personal y laboral. El tratamiento se llevó a cabo en su mayoría (52%) entre 5 y 8 sesiones, seguido de 1 a 4 sesiones (17%) y de 9 a 12 (17%). Tan solo el 12% precisó más de 13 sesiones y el 2% más de 16 sesiones. En casi el 60% de los casos los participantes no tuvieron una valoración previa al tratamiento realizado por el mismo psicólogo que luego le atendería por lo que el diagnóstico clínico se confirmó una vez se inició el tratamiento y no se valoró la capacitación laboral previa al tratamiento, se presupuso la justificación de la ITCC; y un poco más del 41% si la tuvieron con lo que quedó evaluada la capacitación laboral y la justificación de la y por lo tanto se continuó con el tratamiento. Para terminar, prácticamente la totalidad de la muestra (con un 97.6%) no tenía antecedentes de una baja previa por un diagnóstico similar al menos en los últimos 180 días, y apenas el 2.4% si la tenía.

Tabla 9

Variables clínicas de la muestra

Variables clínicas		<i>n</i>	%
Antecedentes Clínicos	No	111	66,5%
	Si, en el último año.	16	9,6%
	Si, en los últimos 5 años.	22	13,2%
	Si, hace más de 5 años.	18	10,8%
Tiempo Evolución Síntomas	Menos de 3 meses.	28	16,9%
	Entre 3 y 6 meses.	83	50,0%
	Entre 6 y 12 meses.	40	24,1%
	Entre 1 y 3 años.	11	6,6%
	Más de 3 años.	4	2,4%
Comorbilidad Física	Si	30	18,0%
	No	137	82,0%
Medicación Actual	No.	14	8,4%
	Si, ansiolíticos.	60	35,9%
	Si, ansiolíticos y antidepresivos.	83	49,7%
	Si, antidepresivos.	10	6,0%
Diagnóstico Concreto	Trastornos Adaptativo	101	60,5%
	Trastornos Afectivos	25	15,0%
	Trastornos de Ansiedad	41	24,6%
Motivo Consulta	Motivos Personales	63	37,7%
	Motivos Laborales	90	53,9%
	Motivos Personales y Motivos Laborales	14	8,4%
Número Sesiones Total	de 1 a 4	29	17,40%
	de 5 a 8	86	51,50%
	de 9 a 12	28	16,80%
	de 13 a 16	20	12%
	más de 16	4	2,40%
Valoración Pericial previa	Si	69	41,30%
	No	98	58,70%
Recaída (baja previa similar)	Si	4	2,40%
	No	163	97,60%

Según el tipo de derivación, el 86,8% (N=145) de la muestra tuvo una derivación tardía, es decir, fue derivada al psicólogo con más de 14 días de ITCC. Por el contrario, el 13,2% (N= 22) tuvo una derivación temprana por lo tanto fueron derivados al psicólogo en los primeros 14 días de ITCC (ver figura 2).

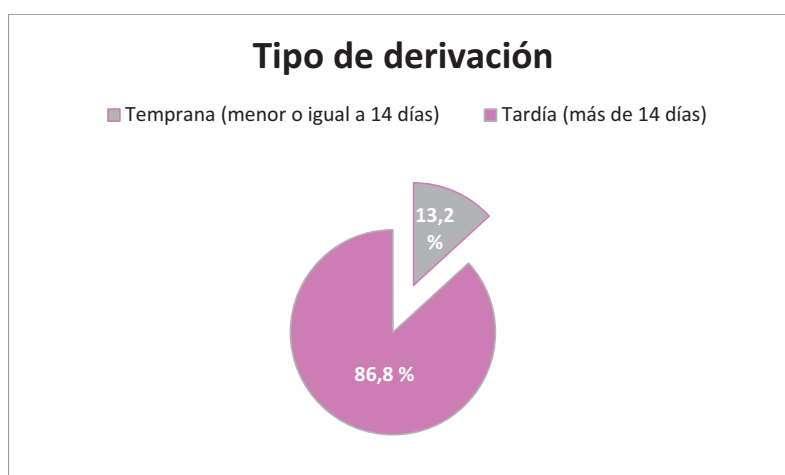


Figura 2. Distribución de la muestra en porcentajes por tipo de derivación.

Resultados

III. Resultados

Antes de responder a las hipótesis planteadas quisimos confirmar que, efectivamente los participantes con un diagnóstico de trastorno mental que tuvieron una derivación temprana presentaron una derivación a tratamiento menor ($t_{(152,92)} = -10,704$; $p < 0.001$), que los que presentaron una derivación tardía. Los participantes que tuvieron una derivación temprana tuvieron una derivación media de 9,82 (3,49) días de demora en la derivación y los que tuvieron una derivación tardía tuvieron una derivación media de 53,21 (47,98) días de demora. En la tabla 11 se muestran las comparaciones que vamos analizar a continuación.

Vamos a mostrar los resultados siguiendo las Hipótesis planteadas anteriormente:

3.1. Hipótesis 1. No existirán diferencias en el tiempo de derivación en función del diagnóstico

Como podemos ver en la tabla 10, no existen diferencias estadísticamente significativas en la demora en derivar en función del tipo de diagnóstico ($F_{(2)} = 0,316$; $p = 0.729$). Es decir, las personas independientemente del diagnóstico que tengan, son derivadas al mismo tiempo. Sin embargo, las personas que tuvieron una mayor demora en derivar fueron las personas diagnosticadas de Trastorno de Ansiedad ($M = 52,22$ (47,04)), seguidas de las diagnosticadas de Trastornos Afectivos ($M = 46,86$ (29,71)) y finalmente las personas diagnosticadas de Trastornos Adaptativos, ($M = 45,50$ (50,3)).

Tabla 10

<i>Duración media en días naturales de la demora en derivar según el diagnóstico.</i>							
	Total muestra N=167	Trastorno Adaptativo n= 100	Trastorno Afectivo n= 22	Trastorno de ansiedad n= 45	F	gl	p=
Demora en Derivar	47,49 (47,07)	45,5 (50,3)	46,86 (29,71)	52,22 (47,04)	0,316	2	0,729

Nota: N= total de la muestra; n=subconjunto de la muestra

3.2. Hipótesis 2. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una menor duración total de la ITCC que los que son derivados tardíamente

Los participantes que son derivados tempranamente presentaron una menor duración total de la ITCC estadísticamente significativa que los que fueron derivados tardíamente ($t_{(62,28)} = -5,94$; $p < 0.001$). Como podemos ver en la tabla 11 los participantes con una derivación temprana presentaron una duración media de ITCC total de 96, 90 (43,40), frente a los 177,59 (110, 59) días de las personas que fueron derivadas de forma tardía. La diferencia fue de 80,69 días.

3.3. Hipótesis 3. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una menor duración parcial de la ITCC que los que son derivados tardíamente

Como podemos ver en la tabla 11, los participantes con una derivación temprana presentaron significativamente una menor duración parcial de la ITCC que los que fueron derivados tardíamente ($t_{(50,885)} = -2.874$; $p = 0.006$). Es decir, tuvieron menos tiempo de ITCC entre la derivación al psicólogo y el fin de la ITCC. Los participantes con una derivación temprana presentaron una media de ITCC parcial de 87(44.31) frente a los 124 (96.98) días del grupo de derivación tardía. La diferencia fue de 37 días.

Como podemos ver en la tabla 11, los participantes con una derivación temprana presentaron significativamente una menor duración parcial de la ITCC que los que fueron derivados tardíamente ($t_{(50.885)} = -2.874$; $p=0.006$). Es decir, tuvieron menos tiempo de ITCC entre la derivación al psicólogo y el fin de la ITCC. Los participantes con una derivación temprana presentaron una media de ITCC parcial de 87(44.31) frente a los 124 (96.98) días del grupo de derivación tardía. La diferencia fue de 37 días.

Tabla 11

Duración en días naturales de los momentos temporales de la ITCC y número de sesiones según de derivación

	Tipo de derivación		<i>t</i>	gl	Sig. (bilateral)
	Temprana	Tardía			
	(≤14 días)	(>14 días)			
	<i>n</i> (22) <i>M(DT)</i>	<i>n</i> (145) <i>M(DT)</i>			
Demora en derivar	9,82 (3,49)	53,21 (47,98)	-10,74	152,926	0,000
Duración ITCC total	96,90 (43,94)	177,59 (110,59)	-5,94	62,284	0,000
Duración ITCC parcial	87 (44,31)	124 (96,98)	-2,874	50,885	0,006
Duración del tratamiento psicológico	81 (42,83)	94,61 (71,56)	-0.867	164	0,387
Número de sesiones total	8,23 (3.41)	8,7 (4,18)	-0,509	165	0,588
Demora entre el alta psicológica y el alta laboral	15,40 (27,18)	17,86 (72,10)	-3,851	67,753	0,000

Nota: ITCC=incapacidad temporal por contingencias comunes; *M*= Media; *DT*= Desviación Típica.

3.4. Hipótesis 4. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una menor duración de tratamiento psicológico que los que son derivados tardíamente

Tal y como mostramos en la tabla 11, los participantes que tienen una derivación temprana presentaron una duración del tratamiento más corta que los que fueron derivados tardíamente aunque esta diferencia no fue significativa ($t_{(164)} = -0.867$; $p=0.387$). Concretamente los participantes con una derivación temprana presentaron una duración media del tratamiento psicológico de 81(42.83) frente a los 94.61 (71.56) días de los participantes que fueron derivados de forma tardía. La diferencia fue de 13.61 días aunque ésta resultó no ser significativa.

En cuanto al número de sesiones, variable muy relacionada con la duración del tratamiento, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de derivación ($t_{(165)} = -0.509$; $p=0.588$), observándose una media de sesiones en los participantes con derivación temprana de 8,23 (3.41) muy similar a la media de los participantes con derivación tardía, con 8,7 (4,18).

3.5. Hipótesis 5. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán un menor tiempo transcurrido entre el alta psicológica y el alta laboral que los que son derivados tardíamente

Los participantes con una derivación temprana presentaron significativamente menos tiempo transcurrido entre el alta psicológica y el alta laboral que los que fueron derivados tardíamente ($t_{(67.753)} = -3.851$; $p=0.001$). Tal y como observamos en la tabla 11 los participantes con una derivación temprana cogieron el alta médica 15,40 (27.18) días antes de terminar el tratamiento psicológico, frente a los 17.86 (72.10) días que pasaron desde que terminaron el tratamiento psicológico y cogieron el alta médica. La diferencia entre ambos grupos fue de 33.26 días.

3.6. Hipótesis 6. Los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una mejoría mayor al finalizar el tratamiento que los que son derivados tardíamente.

El primer paso fue comprobar que los participantes de ambos grupos, derivación temprana y derivación tardía, presentaban puntuaciones similares en las variables utilizadas para evaluar la eficacia del tratamiento antes del inicio del mismo. Como se puede ver en la tabla 12 antes de iniciar el tratamiento los participantes que fueron derivados de manera temprana al tratamiento presentaban un puntuación en el BDI de $M=27,82(11,24)$ similar a los que fueron derivados tardíamente, $M=31,05(10,35)$ ($t_{(165)}=-1,348$; $p=0,179$). Los participantes que fueron derivados de manera temprana al tratamiento presentaban una puntuación en el BAI de $M=26,73(13,25)$ similar a los que fueron derivados tardíamente, ($M=28,54(11,48)$) ($t_{(165)}=-0,678$; $p=0,499$). Los participantes que fueron derivados de manera temprana al tratamiento presentaban una puntuación en el PANAS Negativo de $M=29,41(8,65)$ similar a los que fueron derivados tardíamente, $M=31,59(8,10)$ ($t_{(165)}=-1,164$; $p=0,246$). Los participantes que fueron derivados de manera temprana al tratamiento presentaban una puntuación en el PANAS Positivo de $M=19,91(8,33)$ similar a los que fueron derivados tardíamente, $M=17,10(5,96)$ ($t_{(165)}=1,947$; $p=0,053$).

Tabla 12

Comparación de medias según tipo de derivación antes de iniciar el tratamiento.

	Total	Temprana (≤ 14 días) $M(DT)$	Tardía (> 14 días) $M(DT)$	t	gl	p
BDI	30,62 (10,50)	27,82 (11,24)	31,05 (10,35)	-1.348	165	0,179
BAI	28,31(11,70)	26,73(13,25)	28,54(11,48)	-0.678	165	0,499
PANAS AN	31,30(8,18)	29,41(8,65)	31,59(8,10)	-1.164	165	0,246
PANAS AP	17,47(6,37)	19,91(8,33)	17,10(5,96)	1.947	165	0,053

Nota: BDI= Inventario de Depresión de Beck; BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; PANAS AN= Escala de Afecto Negativo; PANAS AP= Escala de Afecto Positivo; M= media; DT= Desviación Típica.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

A continuación, en la tabla 13 se muestran los datos obtenidos entre el pre y post tratamiento teniendo en cuenta el tipo de condición de derivación que se ha tenido en cada uno de los instrumentos utilizados.

Tabla 13

Diferencias de puntuaciones entre el pre y el post en los diferentes instrumentos utilizados.

	Pre			Post			F		Eta	p	Eta	p	Eta
	Temprana	Tardía	Global	Temprana	Tardía	Global	tiempo	derivación					
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	(gl)	(gl)					
BDI	27,82 (11,24)	31,05 (10,36)	30,62 (10,50)	5,95 (6,49)	9,08 (6,88)	8,66 (6,90)	166,08 (1)	0,31(1)	0,508	0,001	0,508	0,001	0,861 0,000
BAI	26,73 (13,25)	28,54 (11,48)	28,31 (11,70)	6,23 (6,33)	9,29 (8,21)	8,89 (8,04)	108,74(1)	1,21(1)	0,4	0,001	0,4	0,001	0,273 0,007
PANAS AN	29,41 (8,65)	31,59 (8,1)	31,30 (8,18)	14,41 (4,25)	16,43 (5,08)	16,16 (5,01)	102,22 (1)	0,06 (1)	0,39	0,001	0,39	0,001	0,811 0,000
PANAS AP	19,91 (8,33)	17,1 (5,96)	17,47 (6,37)	35,77 (8,5)	31,94 (8,93)	32,44 (8,94)	92,9 (1)	0,47 (1)	0,37	0,001	0,37	0,001	0,496 0,003

Nota: BDI= Inventario de Depresión de Beck; BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; PANAS AN= Escala de Afecto Negativo; PANAS AP= Escala de Afecto Positivo;

M= Media; DT= Desviación Típica.

3.6.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI).

Como podemos ver en la tabla 13, después del tratamiento, en las medidas que evalúan el estado de ánimo deprimido (BDI) en ambos grupos se ha producido una mejoría estadísticamente significativa $F(1)=166.08, p<0.001$). El grupo de derivación temprana presentó puntuaciones después del tratamiento muy bajas en el BDI, $M= 5.95$ (6.49) y similares al grupo de derivación tardía $M= 9.08$ (6.88). Así pues no ha habido diferencias estadísticamente significativas en la mejoría clínica que se ha producido en los participantes en función del tipo de derivación ($F_{(1,161)}=0.31; p=0.86$) entre los dos grupos.

Tabla 14

Tabla de contingencia BDI Post y BDI Pre.

			BDI Pre				Total
			Depresión mínima	Depresión leve-moderada	Depresión moderada	Depresión grave	
BDI Post	Depresión mínima	n(%)	10(6,0%)	17(10,2%)	39(23,4%)	68(40,7%)	134(80,2%)
	Depresión leve-moderada	n(%)	1(0,6%)	1(0,6%)	2(1,2%)	19(11,4%)	23(13,8%)
	Depresión moderada	n(%)	0(0,0%)	0(0,0%)	2(1,2%)	4(2,4%)	6(3,6%)
	Depresión grave	n(%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	4(2,4%)	4(2,4%)
Total		n(%)	11(6,6%)	18(10,8%)	43(25,7%)	95(56,9%)	167(100,0%)

Nota: BDI= Inventario de Depresión de Beck; n= número de participantes.

Así vemos que todos los participantes han mejorado significativamente mucho su nivel de depresión. Si tenemos en cuenta los diferentes niveles de depresión que estipula el BDI podemos ver cómo han quedado las puntuaciones (ver tabla 14). Se observa cómo se produce un cambio significativo en la respuesta pre-post en la prueba de simetría de McNemar-

Bowker (p -valor <0.001), de tal manera que el 41% de todos los participantes que habían puntuado como depresión grave en la primera medición, han pasado a tener una depresión mínima tras el tratamiento, el 24% han pasado de tener una depresión moderada a una depresión mínima, y el 12% de los participantes han pasado de tener una depresión grave a tenerla leve o moderada (ver figura 3).

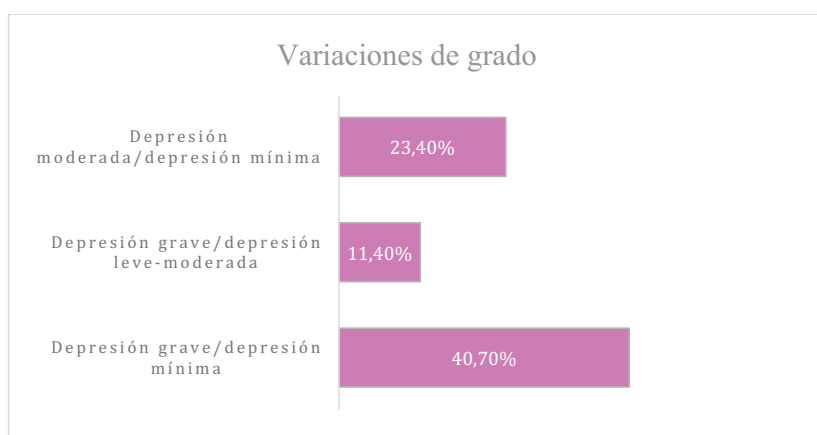


Figura 3: Variaciones de grado en la Depresión tras el tratamiento.

3.6.2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Después del tratamiento, como podemos ver en la tabla 13, las medidas que evalúan el estado ansioso (BAI) en ambos grupos han mejorado ($F_{(1)}=108.74$, $p<0.001$). El grupo de derivación temprana presentó puntuaciones muy bajas en el BAI, $M=6.23$ (6.33) similares al grupo de derivación tardía $M=9.29$ (8.21). Así pues no ha habido diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de derivación ($F_{(1)}=1.21$, $p=0.273$) entre los dos grupos al terminar el tratamiento.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Si tenemos en cuenta los diferentes niveles de ansiedad que estipula el autor podemos ver cómo ha quedado las puntuaciones (ver figura 4).

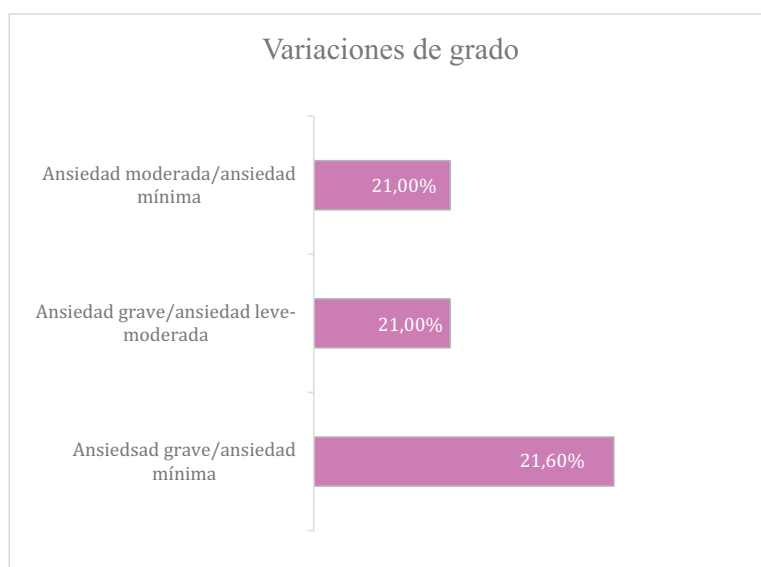


Figura 4: Variaciones de grado en la Ansiedad tras el tratamiento.

Si nos fijamos en la tabla 15, la prueba de simetría de McNemar-Bowker (p -valor 0.000) indica que se produce un cambio significativo en la respuesta pre-post, siendo del 22% el volumen total de participantes que pasa de tener una ansiedad grave a tener una ansiedad mínima tras el tratamiento y otro 21% se queda en leve-moderada; también un 21% de participantes alcanza una ansiedad mínima partiendo de un nivel moderado.

Tabla 15

Tabla de contingencia BAI Post y BDI Pre.

			BAI Pre				Total
			Ansiedad mínima	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad grave	
BAI Post	Ansiedad mínima	n(%)	3(1,8%)	14(8,4%)	35(21,0%)	36(21,6%)	88(52,7%)
	Ansiedad Leve	n(%)	0(0,0%)	3(1,8%)	16(9,6%)	35(21,0%)	54(32,3%)
	Ansiedad moderada	n(%)	0(0,0%)	1(0,6%)	1(0,6%)	13(7,8%)	15(9,0%)
	Ansiedad grave	n(%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)	10(6,0%)	10(6,0%)
	Total	n(%)	3(1,8%)	18(10,8%)	52(31,1%)	94(56,3%)	167(100,0%)

Nota: BAI= Inventario de Ansiedad de Beck; n= número de participantes.

3.6.3. Escala de Afecto negativo y positivo (PANAS).

Con respecto al Afecto Negativo (PANAS AN) después del tratamiento, como podemos ver en la tabla 13, ambos grupos han mejorado en el post tratamiento $F_{(1)}=102.22$, $p<0.001$). El grupo de derivación temprana presentó puntuaciones muy bajas en el PANAS AN, $M=14.41$ (4.25) similares al grupo de derivación tardía $M=16.43$ (5.08). Así pues no ha habido diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de derivación ($F_{(1)}=0.06$, $p<0.81$) entre los dos grupos.

Con respecto al Afecto Positivo (PANAS AP) después del tratamiento, como podemos ver en la tabla 13, se ha encontrado que ambos grupos han mejorado de manera estadísticamente significativa el post tratamiento $F_{(1)}=92.9$, $p<0.001$). El grupo de derivación temprana presentó puntuaciones muy altas en el PANAS POSITIVO, $M=35.77$ (8.5) similares al grupo de derivación tardía $M=31.94$ (8.93). Así pues no ha habido diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de derivación ($F_{(1)}=0.46$ $p<0.5$) entre los dos grupos.

Discusión

IV. Discusión

Esta investigación tuvo como objetivo general estudiar el efecto de la derivación temprana a un programa de TCC sobre la duración de la ITCC y en la mejoría clínica, en personas con Trastornos Mentales Comunes. Además se pretendió realizar una descripción de este tipo de población, tan específica como es la población activa laboral que está de baja por ITCC por un diagnóstico de Trastornos Mentales Comunes tanto a nivel sociodemográfico, como por sus variables laborales y clínicas. También quisimos averiguar si esta derivación temprana estaba influenciada por el diagnóstico clínico y sobre todo si esta derivación temprana modulaban los diferentes tiempos de la ITCC y el número de sesiones necesarias para la recuperación funcional de los participantes. De la misma manera, quisimos ver si hubo una mejoría clínica antes y después del tratamiento, y si esta mejoría estaba influenciada por el tipo de derivación.

Respecto a la primera hipótesis de nuestro estudio “no existirán diferencias en el tiempo de derivación en función del diagnóstico” los resultados nos indican que no existen diferencias significativas en los días que se tarda en derivar al psicólogo a una persona en función de los diferentes diagnósticos de un Trastorno Mental Común. Es decir, independientemente de si la persona tiene un trastorno de ánimo, de ansiedad o adaptativo, son derivados al especialista con la misma diligencia. Así pues, debemos indicar que la primera hipótesis se ha confirmado. Facilitar el acceso al tratamiento clínico es un elemento clave para mejorar la calidad de vida del trabajador, el funcionamiento en el trabajo y conseguir una reducción de costes (Andersen et al., 2014; Pomaki et al., 2012). Por lo que no haber encontrado diferencias, según diagnóstico, en el acceso al tratamiento es un aspecto muy importante, teniendo en cuenta que los estudios indican que en las personas con el diagnóstico de depresión las duraciones medias

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

de ITCC suelen ser mayores que en otros diagnósticos (Blank et al., 2008; Brouwers et al., 2009; Engström & Janson, 2007; Koopmans et al., 2008; Nielsen et al., 2011; Shiels et al., 2004) con lo que su derivación al tratamiento debería ser prioritario. Aunque no sea significativa la diferencia encontrada en nuestro estudio, los pacientes diagnosticados con trastorno de estado de ánimo fueron derivados de manera más temprana que los trastornos de ansiedad, y muy similar a la de los trastornos adaptativos. De haber encontrado diferencias hubiera supuesto una gran carga social dado que la diferencia encontrada en este trabajo de una derivación temprana a una derivación tardía ha sido muy elevada, lo que hubiera dificultado el acceso a la terapia psicológica a un colectivo susceptible de ITCC muy largas. Por otra parte, el efecto que tiene el diagnóstico sobre los pacientes e incluso sobre los profesionales que los tratan, contemplados en algunos estudios (Flach et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2006; Rymaszewska et al., 2007) aquí no se ha observado. Es decir, la expectativa del paciente y del médico sobre la recuperación y deterioro clínico en función del diagnóstico no se ha descrito ya que la derivación temprana o tardía al tratamiento no se ha visto modulada por esta variable. Hemos de subrayar que hasta donde nosotros conocemos, no existen estudios que de manera explícita hayan comparado el acceso diferencial al tratamiento en función del diagnóstico (Burstrom et al., 2011).

Respecto la segunda hipótesis “los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una menor duración total de la ITCC que los que son derivados tardíamente”, como hemos visto en los resultados, efectivamente se ha comprobado que existen diferencias significativas en el tiempo de la duración total de la ITCC en función del tipo de derivación. Es decir, la condición de derivación temprana al tratamiento psicológico está asociada a una ITCC significativamente más corta que la condición de derivación tardía al tratamiento, concretamente, 80 días menos. Así pues debemos indicar que la segunda hipótesis se ha

confirmado. Estos resultados están en la misma línea que otros autores como Brouwers et al., (2009), Hoefsmits et al., (2012), van Beurden et al., (2013), Rebergen et al., (2006, 2009, 2010), van der Klink et al., (2003), Nieuwenhuijsen et al., (2003) que estudiaron factores de predicción de la ITCC en Trastornos Mentales Comunes y afirmaban que la demora en ser atendidos por algún especialista en salud (médicos, médicos del trabajo, psiquiatras) de entre 2 y 3 semanas alargaría la ITCC. En la misma línea, nuestro trabajo está en consonancia con los datos y conclusiones recogidos por el estudio de van der Feltz- Cornelis et al., (2010) que concluyeron que la intervención psiquiátrica ayudó a una reincorporación más temprana pero que sin embargo, de haberse realizado una inclusión al tratamiento de manera más precoz hubiera sido más eficaz.

Respecto a la tercera hipótesis, “los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una menor duración parcial de la ITCC que los que son derivados tardíamente” hemos comprobado que efectivamente, existen diferencias significativas en la duración parcial de la ITCC. Es decir, si descontamos el tiempo que hemos tardado en derivar al tratamiento y contamos los días de ITCC desde el momento de la derivación, la duración media de la ITCC en el grupo de derivación temprana es más corta que en la derivación tardía, concretamente 37 días menos. Por lo tanto, podemos indicar que la derivación temprana reduce significativamente el tiempo de ITCC. Así pues debemos indicar que la hipótesis se ha cumplido. Nuestros datos concuerdan con otros autores que afirmaban que la intervención precoz ayudaría a acortar la duración de la ITCC (Brouwers et al., 2009; Dewa et al., 2009; Doki et al., 2015; Gustafsson et al., 2011; Rebergen, Bruinvels, Bezemer, van der Beek AJ, & van Mechelen, 2009; Rebergen et al., 2010; van der Feltz-Cornelis et al., 2010).

Una reducción del tiempo de la ITCC implica beneficios a muchos niveles, tanto a nivel clínico para el trabajador, como a nivel asistencial y laboral para la empresa, servicios de

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

salud y sociedad en general. Veamos, por una parte, se reduce el sufrimiento del trabajador aspecto fundamental desde el punto de vista clínico y humano. Por otra parte se reduce el coste económico asociado a la ITCC, además reducimos el aislamiento y la separación del entorno laboral que implica una ITCC (Ayuso-Mateos, Nieto-Moreno, Sánchez-Moreno, & Vázquez-Barquero, 2006) y por lo tanto se mejora la probabilidad de posteriormente volver al mercado laboral (González-Barcala et al., 2006) se reducen las probabilidades de que se produzca una incapacidad permanente (Bultmann et al., 2008; Gjesdal & Bratberg, 2003) y finalmente, se reduce el coste económico para la empresa, la seguridad social y al sociedad en general (Caballero-Martinez, F. León-Vázquez, F. Payá-Pardo, A. Díaz-Holgado, 2014).

Acortar en un solo día la duración de la ITCC de un proceso ha sido y es un objetivo planteado en muchos de los organismos que intervienen en la recuperación de las personas. Poder disminuir los días de media de cada proceso en pacientes con diagnóstico de Trastornos Mentales Comunes es un reto alcanzable hoy por hoy si conseguimos una derivación temprana. Tal y como hemos comentado anteriormente, los estudios sobre los trabajos de recuperación de la capacidad laboral, reincorporación laboral y salud son escasos (Fimland et al., 2014) Así pues, los resultados encontrados en nuestro trabajo nos aporta información sobre cómo podemos ayudar a la prevención de las bajas a largo plazo incidiendo justamente en aquellas variables en las que sí podemos influir (Vlasveld et al., 2013) como es el facilitar el acceso al tratamiento especializado en las primeras fases de la ITCC (Dewa, Hoch, Carmen, Guscott, & Anderson, 2009; Pomaki, Franche, & Murray, 2012; Sogaard & Bech, 2009; Wang et al., 2007).

En la revisión bibliográfica realizada para esta investigación hemos encontrado ejemplos de estudios que afirman que una intervención para favorecer la reincorporación laboral de personas que están de baja por Trastornos Mentales Comunes no han tenido el efecto deseado

sobre el tiempo de la ITCC (Andersen et al., 2014; Arends, Bruinvels, & Rebergen, 2012; Hoefsmid et al., 2012; McPherson, Evans, & Richardson, 2009; Pomaki et al., 2012). La explicación la encuentra, según comentan los autores, en el pequeño tamaño de muestra y en la alta calidad de la asistencia habitual, sin embargo, sugieren que un tratamiento interdisciplinar basado en la intervención temprana en el lugar del trabajo ayudarían a mejorar estos resultados. Nuestros datos apoyan la hipótesis de que una atención temprana ayuda a acortar la baja y ayuda a prevenir bajas de larga duración como son los Trastornos Mentales Comunes.

Con respecto a la cuarta hipótesis planteada “los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una menor duración de tratamiento psicológico que los que son derivados tardíamente”, podemos ver en los resultados que no existen diferencias significativas en la duración del tratamiento psicológico en función del tipo de derivación. Es decir, que independientemente del tipo de derivación, temprana o tardía, el tratamiento tuvo la misma duración. Así pues debemos indicar que la cuarta hipótesis no se ha confirmado. Estos datos indican que los psicólogos participantes, aun teniendo libertad de destinar más o menos sesiones a cada paciente, en función de las necesidades particulares, han utilizado un número de sesiones similares, independientemente del diagnóstico y de la condición de derivación. Esto puede explicarse también por los criterios de exclusión que deja fuera del estudio a los participantes de mayor gravedad dado que no se incluyen a participantes que tuvieran más de un diagnóstico médico no psicológico como diagnóstico principal, participantes que tuvieran un proceso judicial abierto en estos momentos, participantes con trastornos de personalidad o tuvieran patología crónica, en fase aguda, limitante o dolorosa.

En un estudio realizado en España se observó que tan solo un tercio de los tratamientos en Salud Mental cumplen los criterios mínimos adecuados (Fernández et al., 2006). Estos

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

criterios se establecen en un tratamiento de 8 sesiones de psicoterapia, por un psicólogo o un psiquiatra, con un tiempo mínimo de duración de 30 minutos. Según otros autores el criterio mínimo adecuado baja a 4 sesiones de psicoterapia (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013; Borges et al., 2006). En nuestro trabajo, el número de sesiones empleadas en la TCC estarían dentro del criterio de calidad contemplado, ya que la media de sesiones realizadas en las dos condiciones fueron de 8. Según un trabajo de Labrador et al., (2011) se identifica que la variable que mejor explica la duración del tratamiento psicológico es el número de técnicas aplicadas durante la intervención con un 15% de la varianza explicada y está relacionada con el número de sesiones. En este sentido, parece ser que los psicólogos que han colaborado en nuestro trabajo tienen muy estructurada la intervención psicológica y está orientada a la recuperación del participante a nivel clínico pero también a nivel laboral, con objetivos bien definidos. La eficacia del tratamiento se ha podido demostrar de una manera objetiva dado que el alta laboral no depende ni del psicólogo que le ha realizado el tratamiento, ni si quiera del médico de la mutua, sino del médico del SPS. En las guías clínicas se sugiere que en igualdad de condiciones se debe optar por la terapia que resulte más efectiva y más breve para así acortar el sufrimiento del paciente y ahorrar en gastos (Echeburúa, De Corral, & Salaberría, 2010). Nuestros resultados van en la línea de todos aquellos estudios (Barlow et al., 2013; A. Beck, 2013; A. T. Beck & Haigh, 2014; Doki et al., 2015; Gabbay et al., 2011; Naidu et al., 2016) que demuestran la eficacia de la TCC para el tratamiento de los Trastornos Mentales Comunes, añadiendo un nuevo indicador de buen resultado, como es la rápida incorporación al mundo laboral.

Respecto a la quinta hipótesis planteada “los participantes que tienen una derivación temprana presentarán un menor tiempo transcurrido entre el alta psicológica y el alta laboral que los que son derivados tardíamente”, como podemos ver en los resultados hemos

comprobado que efectivamente, existen diferencias significativas en este plazo. Es decir, en el caso de la derivación temprana el alta de la ITCC se produce incluso antes de la finalización del tratamiento psicológico, sin embargo, en el caso de la derivación tardía el alta de la ITCC se produce posterior a la finalización del mismo, concretamente existen 33 días de diferencia entre los participantes del grupo de derivación temprana frente al grupo de derivación tardía. Por lo tanto podemos afirmar que la quinta hipótesis se ha confirmado. Estos resultados pueden deberse a que el inicio de tratamiento temprano puede producir una mayor implicación de los pacientes y una mayor adherencia al tratamiento, ya que los participantes podrían tener expectativas más positiva en su recuperación que aquellos que empezaron su tratamiento más tarde. Tal y como hemos visto, las expectativas que tienen los participantes sobre cuando regresaran a su trabajo predice mejor el regreso al mundo laboral que la predicción de los profesionales de la salud (Løvrvik, Øverland, Hysing, Broadbent, & Reme, 2014b; Nieuwenhuijsen et al., 2006). Por lo tanto tener una expectativa positiva de autoeficacia y percibir que el trastorno que padece es más controlable o curable, predice una reincorporación más temprana (Ansoleaga et al., 2015; Broadbent et al., 2008; Brouwers et al., 2009; Cornelius et al., 2011; de Vries et al., 2012; D'Amato & Zijlstra, 2010; Fleten et al., 2004; Hoefsmid et al., 2012; Lagerveld et al., 2010; Løvrvik et al., 2014; A. Muijzer et al., 2012; Anna Muijzer et al., 2012; Nielsen et al., 2011; van Beurden et al., 2015; Vaquero Abellán et al., 2013; Volker et al., 2015) por lo que nuestros resultados son congruentes con estos estudios.

Con respecto a la sexta hipótesis “los participantes que tienen una derivación temprana presentarán una mejoría mayor al finalizar el tratamiento que los que son derivados tardíamente”, tal y como hemos visto en los resultados, se ha comprobado que no existen diferencias significativas entre ambos grupos de derivación. Es decir, en las dos condiciones

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

la mejoría clínica es evidente, tanto el grupo de derivación temprana como el grupo de derivación tardía obtuvieron una mejoría clínica similar tras el tratamiento. Así pues la sexta hipótesis no se confirmó.

En todos los instrumentos utilizados, las puntuaciones antes y después del tratamiento mostraron una mejoría estadísticamente significativa, lo que implica un gran éxito del tratamiento. Esta mejoría encontrada en nuestro trabajo está en coherencia con la literatura científica (NICE, 2011) que apoya firmemente el uso de la TCC para el tratamiento de los Trastornos Mentales Comunes tal y como recomiendan autores como: Barlow, Bullis, Comer, & Ametaj (2013), Clark (2011), Fernández et al., (2006), Hollon, Stewart, & Strunk, (2006), Moriana & Martínez (2011), van der Klink et al. (2003) y más recientemente con autores como Naidu (2016).

En esta investigación hemos de subrayar, que más allá de la eficacia ampliamente aceptada de la TCC para las personas diagnosticadas con Trastornos Mentales Comunes (Wuthrich, 2016) en ocasiones, éste hecho por sí solo, no ayuda a reducir consecuentemente el absentismo (Carlsson, Englund, Hallqvist, & Wallman, 2013; Ejeby et al., 2014; Flach et al., 2012; Nieuwenhuijsen et al., 2008; Schene et al., 2007; van der Klink et al., 2003) existen otros factores que podrían explicar que reducir el tiempo de derivación a tratamiento psicológico reduce la ITCC como: la situación del mercado laboral (Ahlgren et al., 2007), la percepción subjetiva de mejoría, el acudir semanalmente a psicoterapia puede hacer que se encuentren menos aislados y esto es un factor de protección (Wright, 1997) y como hemos comentado anteriormente las expectativas del pacientes mejorará (Nash-Wright, 2011).

Así pues el presente estudio subraya la necesidad de desarrollar guías y protocolos de actuación de acercamiento al tratamiento psicológico a las personas que están de baja laboral de manera que se disminuya el tiempo de derivación al tratamiento especializado en técnicas

psicológicas, mejorando la atención y favoreciendo un regreso al trabajo lo más rápida posible (Joosen & Brouwers, 2015; van Beurden et al., 2013). Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto la importancia de aplicar los tratamientos basados en la evidencia siguiendo las guías internacionales (NICE, 2004a; NICE, 2004b; NICE, 2005a; NICE, 2005b; NICE, 2006) y pone de relieve la necesidad de incrementar el número de plazas de psicólogos en el sistema de salud, dada la existencia de largas listas de espera en los servicios de psicología existentes (Bedi et al., 2000; Henderson et al., 2005; McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013; Naidu et al., 2016). De hecho, los psicólogos en la Sanidad Española no tienen ninguna presencia en la Atención Primaria y muy escasa en la Salud Mental. Por ejemplo, se ha detectado que el 59,1% de los personas derivados a Salud Mental con un diagnóstico de Trastorno Mental Común son derivados a un psiquiatra mientras que un 39,7% a un psicólogo clínico. En concreto, los casos de depresión, trastorno adaptativo y trastorno ansioso-depresivo son asignados en mayor medida a un psiquiatra, mientras que no hay diferencias en el caso de la ansiedad (Codony et al., 2007). Estos datos se alejan de las recomendaciones de las guías clínicas (Valencia Agudo et al., 2014).

Así pues, actualmente hay una gran diferencia entre lo que proponen las prácticas basadas en la evidencia y las prácticas llevadas a cabo en el entorno del trabajo para abordar la salud mental (LaMontagne et al., 2014) y muchos de las personas atendidas en Atención Primaria no están recibiendo el tratamiento recomendado en las guías clínicas (Dewa et al., 2009). La colaboración estrecha y eficaz entre Atención Primaria y la Atención especializada puede ser beneficioso y más efectivo ya que se ha podido observar cómo un Proyecto de Atención de Salud Mental Colaborativa (Gilbody, Bower, Fletcher, Richards, & Sutton, 2006) entre ambos niveles de atención, primaria y especialistas, favorece la reincorporación laboral en mayor medida que el tratamiento habitual. Al mismo tiempo se comprobó que se reducía la

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

probabilidad de una discapacidad laboral y la duración media de los días de baja fue significativamente menor (Dewa et al., 2009; Gilbody, Bower, Fletcher, Richards, & Sutton, 2006).

En el mismo sentido, el incremento del gasto en farmacología para el tratamiento de los Trastornos Mentales Comunes no lleva parejo un beneficio en los resultados clínicos (Hague, 2005; Sicras Mainar et al., 2007). Por ejemplo, en Inglaterra se ha visto que el gasto en prescripción de antidepresivos en la última década se ha triplicado, lo que ha supuesto un incremento de más de 310 millones de libras, sin embargo este aumento del gasto farmacológico no ha tenido como consecuencia una reducción significativa del número de bajas por ITCC ni de su duración (Hague, 2005). Por otra parte se ha estimado que el coste de una terapia de conducta, compuesta por 6 sesiones, y liderada por un psicólogo cualificado, alcanzaría tan solo 1,54 millones (Hague, 2005). Otros trabajos van en la misma dirección, y se ha visto que los costes generados por visita al médico, derivación al especialista y pruebas complementarias son 4,5 veces menor que el coste por prescripción farmacológica (Sicras Mainar et al., 2007). Todos estos estudios nos deben hacer reflexionar sobre la necesidad de aplicar tratamiento basado en la evidencia en la práctica clínica de los psicólogos en el área laboral.

Recientemente, han aparecido autores (Nieuwenhuijsen et al., 2008; Pomaki et al., 2012) que sugieren que con la finalidad de favorecer una reincorporación laboral más temprana, la intervención psicológica debe ir orientada a la problemática laboral sobre todo en aquellos casos en la que las condiciones de trabajo pueden ser considerados como factores causales. Por ejemplo se ha podido comprobar que integrar a la TCC aspectos relacionados con el trabajo supone un gran beneficio tanto para el trabajador como para la empresa, ya que ayuda a acortar la ITCC mucho más que si se compara con la TCC convencional. Este dato es

además muy significativo siendo que en ambas circunstancias los síntomas de los participantes habían disminuido significativamente, pero solo en el grupo que ha enfocado el problema desde el punto de vista laboral ha conseguido disminuir la ITCC (Lagerveld et al., 2012).

Hemos de destacar que para este estudio hemos utilizado una medida nueva de ITCC, la ITCC parcial, es decir, los días de ITCC descontando el tiempo de demora en derivación, que son los días entre la fecha de derivación a psicología y fecha de alta laboral. Hasta donde nosotros sabemos no existen estudios que hayan utilizado esta medida. En los estudios publicados (Brouwers et al., 2009; Flach et al., 2012; Øyeflaten et al., 2014; van der Feltz-Cornelis et al., 2010; J. J. L. van der Klink et al., 2003) se utiliza lo que nosotros hemos llamado como “Duración total de la ITCC”: los días entre fecha de baja laboral y fecha de alta laboral sin saber cómo ha sido esa reincorporación, que es como viene definido por Brouwers et al., (2009), sin embargo otros autores han tenido en cuenta, desde el primer día de la baja hasta el último día antes del regreso al trabajo bien sea por una reincorporación total o parcial (van der Klink et al., 2003) o teniendo en cuenta período entre el inicio de la ITCC y el pleno retorno al trabajo, durante al menos 4 semanas sin recaídas (Flach et al., 2012; van der Feltz-Cornelis et al., 2010). Sin embargo pensamos que es más exigente metodológicamente hablando, utilizar la ITCC parcial. No obstante hemos presentado los datos con ambas medidas, confirmando que la derivación parcial reduce la ITCC.

Además, no existe un criterio único establecido para definir que es una intervención temprana. Hay estudios donde se considera intervención temprana si se interviene en la tercera semana (Brouwers et al., 2009), antes del primer mes (Roelen et al., 2012), a la cuarta semana (Burstrom et al., 2011) o de la sexta semana (Rebergen, Bruinvels, Bos, van der Beek, & van Mechelen, 2010). En nuestro caso hemos considerado como intervención temprana

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

cuando el tratamiento se inicia dentro de las dos primeras semanas de la ITCC, siguiendo las directrices de otros autores (van Beurden et al., 2013; Lammerts et al., 2017; van der Klink et al., 2003), además de priorizar por un criterio clínico, ético y humano promoviendo una intervención lo más rápida posible para las personas que están sufriendo un Trastorno Mental. Tal y como hemos visto, fuera de España se ha utilizado este criterio en diferentes estudios (por ejemplo, van Beurden et al., 2013) sin embargo, el nuestro es el primer estudio realizado en España donde se ha asumido la derivación temprana como la que ocurre en las dos primeras semanas de ITCC.

Otra fortaleza del presente trabajo es que se trata de un estudio longitudinal, controlando la evaluación del estado psicológico de los participantes antes y después del tratamiento, tal y como recomiendan algunos autores (Benavides, López, & Durán, 2014; van der Feltz-Cornelis et al., 2010), la eficacia del tratamiento clínico y el número de sesiones realizadas. Así mismo, se utilizaron medidas estandarizadas y validadas en la población española, que además mostraron una fiabilidad óptima en nuestra muestra. Además el tamaño de la muestra fue adecuado y los criterios de inclusión eran muy amplios, por lo tanto, es razonable afirmar que la muestra es representativa de los pacientes que se ven en la práctica clínica y laboral habitual. Además, destacar que el tratamiento fue aplicado por psicólogos experimentados en la aplicación de la TCC, que fueron ciegos al diseño experimental, y que pertenecían a diferentes grupos de trabajo e investigación, lo que sin duda, incrementa la generalización de estos resultados.

El presente estudio presenta una serie de limitaciones que es necesario tener en cuenta para futuras investigaciones. La principal limitación es que, aunque el tamaño de la muestra total era adecuado, cuando la dividimos en las dos condiciones (derivación temprana vs derivación tardía) se generan grupos con un tamaño muy diferentes. Esto puede haber influido en algunas

de las variables analizadas, así pues futuras investigación deberán replicar este trabajo con grupos más homogéneos. Por otra parte el perfil de pacientes que están incluidos en la muestra son trabajadores de empresas que han delegado la gestión de la ITCC en una mutua. Esto puede suponer una limitación para el estudio puesto que no podemos descartar que exista un sesgo en la selección de la muestra. Aunque este sesgo puede ser cada vez menor, ya que según datos de AMAT, Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo se estima que en diciembre de 2016 el 79,75% (AMAT, 2017) de la población laboral activa en España está protegida por alguna mutua. Otra limitación es la ausencia de un seguimiento al año de terminar el tratamiento y la incorporación al mundo laboral. La información sobre la tasa de recaídas sería un dato muy importante para nuestro estudio. Así pues, en futuros estudios sería interesante poder replicar este trabajo ampliando los criterios de inclusión con otros trastornos mentales, como los trastornos de la personalidad y el Trastorno Bipolar, realizando seguimientos continuados, durante los dos años posteriores al terminar el tratamiento psicológico.

Con todo ello, hemos de subrayar que hasta donde nosotros conocemos es el primer estudio en el que se analiza la importancia de la derivación temprana de personas en situación de ITCC por un Trastorno Mental Común a la TCC, aplicada por psicólogos expertos, controlando la eficacia de la intervención psicológica. La información que se puede extraer de trabajos como el nuestro puede mejorar el desempeño de las mutuas y ayudar en la gestión de las entidades implicadas. La elaboración de una guía de buena praxis y la elaboración de indicadores de calidad, mejorarán la atención a las personas que presentan ITCC por Trastornos Mentales Comunes.

Conclusiones

V. Conclusiones

Así pues las conclusiones finales de nuestra Tesis serían:

1. No existen diferencias en el tiempo de derivación en función del diagnóstico de los Trastornos Mentales Comunes
2. Los participantes diagnosticados de Trastornos Mental Común a los que se les derivó de manera temprana tuvieron una menor duración total de la ITCC que los que fueron derivados tardíamente.
3. Los participantes diagnosticados de Trastornos Mental Común a los que se les derivó de manera temprana tuvieron una menor duración parcial de la ITCC que los que fueron derivados tardíamente.
4. Los participantes diagnosticados de Trastornos Mental Común a los que se les derivó de manera temprana tuvieron una duración de tratamiento, días y sesiones de Terapia Cognitiva Conductual, que los que fueron derivados tardíamente.
5. Los participantes diagnosticados de Trastornos Mental Común a los que se les derivó de manera temprana tuvieron un menor tiempo transcurrido entre el alta psicológica y el alta laboral que los que fueron derivados tardíamente.
6. Los participantes diagnosticados de Trastornos Mental Común a los que se les derivó de manera temprana, después de la Terapia Cognitivo Conductual obtuvieron una mejoría igual que los que fueron derivados tardíamente.

Apéndice

VI. Apéndice.

Apéndice I. Aprobación del Comité Autonómico.



Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris



Data - 8 JUN. 2015

EIXIDA 29181

DGFPS/SDGPTYF/JTM/RU/BP/PS
Ref: DICTAMEN FAVORABLE CAEC
al UCV/2014-2015/13

Ha tenido entrada en la reunión del Comité Ético Autonómico de Estudios Clínicos con Medicamentos y Productos Sanitarios de la Comunitat Valenciana (CAEC), de fecha 28 de mayo de 2015, las respuestas a las aclaraciones mayores solicitadas en marzo de 2015, tras la evaluación inicial del proyecto de investigación, relacionado a continuación:

Título: "Evaluación de la derivación temprana a terapia cognitivo conductual en paciente en incapacidad temporal por trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación".

Tras ser valoradas y examinada la documentación, se adjunta el correspondiente dictamen favorable.

Valencia, 2 de junio de 2015.

VICEPRESIDENTA DEL CAEC

Ruth Usó Talamantes



Leticia Morales García (Coordinadora del Vicerrectorado de Investigación, Desarrollo e Innovación)
Universidad Católica de Valencia
C/ Quevedo, nº 2. (46001 Valencia)

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.



Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris

**INFORME DEL COMITÉ ÉTICO AUTONÓMICO DE ESTUDIOS CLÍNICOS DE
MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA
(CAEC)**

D. José Luís Trillo Mata, Presidente del Comité Ético Autonómico de Estudios Clínicos de Medicamentos y Productos Sanitarios de la Comunitat Valenciana (CAEC)

CERTIFICA:

Ha tenido entrada en la reunión del Comité Ético Autonómico de Estudios Clínicos con Medicamentos y Productos Sanitarios de la Comunitat Valenciana (CAEC), de fecha 28 de mayo de 2015, las respuestas a las aclaraciones mayores solicitadas en marzo de 2015, tras la evaluación inicial del proyecto de investigación, relacionado a continuación:

Título: "Evaluación de la derivación temprana a terapia cognitivo conductual en paciente en incapacidad temporal por trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación".

- Código Promotor: UCV/2014-2015/13
- Versión Protocolo y HIP: V. 5 de fecha 20 de abril de 2015.
- Promotor: Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir".
- Investigador Principal: José Heliodoro Marco Salvador.
- Investigador Colaborador: Joaquín Andani Cervera, Sandra Alonso Guillen, José Francisco Olcina Rodríguez, Susana Cervera Llorens, Amparo Sanchis García y Miguel Perelló del Río.
- Centros Participantes: Facultad de Medicina y Odontología de la UCV y UMIVALE.

Tras ser valorada y examinada la documentación en la reunión del mes de mayo de 2015 de este Comité, se acuerda emitir el correspondiente dictamen favorable, con la siguiente observación;

Nos hubiera gustado que se hubiera contestado a las aclaraciones solicitadas punto por punto para facilitar la revisión de los documentos e incluir el correspondiente control de cambios en los documentos que se hayan modificado en su caso.



Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris

Se ha contestado correctamente a todas las aclaraciones solicitadas, excepto la relativa a "En el apartado Intervenciones/Procedimientos a realizar, se describen una serie de escalas y cuestionarios que no aparecen en el protocolo. Todos ellos deben incluirse como Anexos al protocolo. Recordar que todos los cuestionarios y escalas que se empleen en el estudio deben estar validados en el idioma en el que se usarán. Por favor, aporten las referencias bibliográficas completas de dichas validaciones". En este sentido, solo se ha aportado una encuesta y nos las restantes, que se deberían incluir al protocolo como anexo.

Valencia, 2 de junio de 2015.

PRESIDENTE DEL CAEC

José Luís Trillo Mata

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Apéndice II. Compromiso del investigador Colaborador.

COMPROMISO DEL INVESTIGADOR COLABORADOR

Promotor	Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir
Investigador Principal	Dr. José Heliodoro Marco Salvador
Código del protocolo de investigación	UCV / 2014-2015 / 13
Título del protocolo	Evaluación de la derivación temprana a terapia cognitivo conductual en pacientes en incapacidad temporal por trastorno depresivo mayor, trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación

D. _____, *investigador colaborador del estudio,*

DECLARA:

Que acepta participar como investigador colaborador en este proyecto de investigación.

Que cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios para colaborar en el proyecto de investigación, sin que ello interfiera en la realización de otras tareas que tiene habitualmente encomendadas.

Que se compromete a que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo con dictamen favorable por el Comité Ético de Investigación Clínica.

Que respetará las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios y seguirá las normas de buena práctica clínica en su realización.

En _____ a _____

Investigador colaborador

Fdo.: _____

Apéndice III. Protocolo para el investigador colaborador.

Protocolo para el investigador colaborador

El **protocolo** incluye las siguientes actuaciones:

PRIMERA ACTUACIÓN

- Se realizará antes de iniciar la investigación.
- El psicólogo deberá firmar el compromiso como investigador colaborador

SEGUNDA ACTUACIÓN

- Se realizará antes de incluir al sujeto en la investigación.
- El psicólogo, tras verificar que el paciente cumple los criterios de inclusión y no cumple los criterios de exclusión, informará al paciente y recabará el consentimiento de forma previa a incluirlo en la investigación.

TERCERA ACTUACIÓN

- Se realizará tras incluir al sujeto en la investigación y haber recabado el consentimiento informado.
- El psicólogo:
 - Asignará al paciente un código para el estudio (Éste código será el número de proceso suministrado por la mutua en el momento de la derivación. Éste código consiste en dos cifras separadas por una barra: ejemplo 2015/12345) y fecha de realización siguiendo el modelo sugerido (ejemplo: 2015/03/27)

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

- Entregará al paciente la **batería de pre-test**
 - Depresión: BDI-II de Beck
 - Ansiedad: BAI de Beck
 - Escala de afecto positivo y negativo, PANAS (adaptación Sandín 1999).
- Indicará al paciente que debe rellenar los test en la propia clínica, en ese momento y sin podérselos llevar a su domicilio. No podrá solicitar la ayuda de ningún familiar o acompañante. Tampoco podrá solicitar ayuda del profesional psicólogo.
- Indicará al paciente que debe contestar teniendo en cuenta su situación actual, sin referirse a estados pasados.
- Indicará al paciente que cuando haya terminado de contestar, deberá devolver todos los cuestionarios rellenados al psicólogo, no pudiendo llevárselos.
- Archivará todos los test rellenados por el paciente, todos ellos perfectamente identificados por el código del paciente (número de proceso) fecha de realización siguiendo el modelo sugerido (ejemplo: 2015/03/27) en la carpeta entregada a tal fin en fundas plastificadas separadas por pacientes.
- No debe corregir los test.

CUARTA ACTUACIÓN

- Se realizará una vez terminada la terapia, al final de la última sesión clínica.
- El psicólogo

- Asignará al paciente el mismo código para el estudio que en el pre-test y le pasará las escalas para que las conteste.
- Rellenará:
- Cuestionario de Recogida de Datos.
- El paciente rellenará las siguientes escalas:
 - Depresión: BDI-II de Beck
 - Ansiedad: BAI de Beck
 - Escala de afecto positivo y negativo, PANAS (adaptación Sandín 1999).

QUINTA ACTUACIÓN

- Se realizará una vez finalizada la recogida de la muestra de pacientes incluidos en la investigación que se le indique desde la coordinación del estudio.
- El psicólogo:
 - Avisará de la finalización de la recogida de muestra a Sandra Alonso, en **umivale** (salonso@umivale.es o 96 318 10 18) para proceder a su recogida, gratuita para el psicólogo.
 - Recibirá una acreditación/certificado firmado por la Universidad Católica de Valencia como colaborador en el estudio

Apéndice IV. Batería de test aplicados.

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)
(Sanz, Navarro y Vázquez, 2003)**

Instrucciones: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS 2 ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente.</p> <p>1 Me siento triste gran parte del tiempo.</p> <p>2 Me siento triste continuamente.</p> <p>3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2 No espero que las cosas mejoren.</p> <p>3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas solo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de Fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado.</p> <p>1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.</p> <p>1 No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable.</p> <p>1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3 Versión 0 Me siento culpable constantemente. 5, de 20 de abril de 2015</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que este siendo castigado.</p> <p>1 Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2 Espero ser castigado.</p> <p>3 Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mi mismo. 1 He perdido confianza en mi mismo.</p> <p>2 Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3 No me gusta.</p> <p>8. Auto-Críticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2 Critico todos mis defectos.</p> <p>3 Me culpo por todo lo malo que me sucede.</p> <p>9. Pensamientos o deseos de suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamiento de suicidio pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2 Me gustaría suicidarme.</p> <p>3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2 Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p>
--	---

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.</p> <p>2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.</p> <p>3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre</p> <p>1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.</p> <p>2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil.</p> <p>1 No me considero tan valioso y útil como solía ser.</p> <p>2 Me siento inútil en comparación con otras Personas.</p> <p>3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía de la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.</p> <p>3 No tengo suficiente energía para hacer nada</p>	<p>16. Cambios en el patrón de sueño</p> <p>0 No experimento ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <p>1a Duermo algo más de lo habitual.</p> <p>1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> <p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable de lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable de lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que antes.</p> <p>3a He perdido completamente el apetito.</p> <p>3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como si siempre</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.</p> <p>3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.</p> <p>1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.</p> <p>2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado cansado o fatigado para para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.</p> <p>3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p>
---	---

BAI, INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

(Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988)

(Adaptación Magan, I. Sanz, J., Paz García-Vera, M., 2008)

Indique para cada uno de los siguientes síntomas, el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana, y en el momento actual.

Elija entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda y rodéela con un círculo:

0 = En absoluto.

1 = Levemente, no me molesta mucho.

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo.

3 = Severamente, casi no podía soportarlo.

1	Hormigueo o entumecimiento.	0	1	2	3
2	Sensación de calor.	0	1	2	3
3	Debilidad en las piernas.	0	1	2	3
4	Incapacidad de relajarme.	0	1	2	3
5	Miedo a que suceda lo peor.	0	1	2	3
6	Mareos o vértigos.	0	1	2	3
7	Palpitaciones o taquicardia.	0	1	2	3
8	Sensación de inestabilidad.	0	1	2	3
9	Sensación de estar aterrorizado.	0	1	2	3
10	Nerviosismo.	0	1	2	3
11	Sensación de ahogo.	0	1	2	3
12	Temblor de manos.	0	1	2	3
13	Temblor generalizado.	0	1	2	3
14	Miedo a perder el control.	0	1	2	3
15	Dificultad para respirar.	0	1	2	3
16	Miedo a morir.	0	1	2	3
17	Estar asustado.	0	1	2	3
18	Indigestión o molestia abdominal.	0	1	2	3
19	Sensación de desmayarse.	0	1	2	3
20	Rubor facial.	0	1	2	3
21	Sudoración.	0	1	2	3

Escala de Afecto negativo y positivo (PANAS)

(Watson, Clark y Tellegen, 1988;) (Adaptación de Sandín, 1999)

A continuación se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones.

Lee cada una de ellas y contesta hasta qué punto sueles sentirte **HABITUALMENTE** de la forma que indica cada expresión.

GENERALMENTE me siento:

	NADA O CASI NADA	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
1. Interesado/a por las cosas	1	2	3	4	5
2. Estresado/, tenso/a	1	2	3	4	5
3. Emocionado/a, ilusionado/a	1	2	3	4	5
4. Disgustado/a, molesto/a	1	2	3	4	5
5. Con energía, con vitalidad	1	2	3	4	5
6. Culpable	1	2	3	4	5
7. Asustado/a	1	2	3	4	5
8. Hostil	1	2	3	4	5
9. Entusiasmado/a	1	2	3	4	5
10. Orgulloso/a (de algo), satisfecho/a conmigo mismo/a	1	2	3	4	5
11. Irritable, malhumorado/a	1	2	3	4	5
12. Despejado/a, despierto/a	1	2	3	4	5
13. Avergonzado/a	1	2	3	4	5
14. Inspirado/a	1	2	3	4	5
15. Nervioso/a	1	2	3	4	5
16. Decidido/a	1	2	3	4	5
17. Atento/a (a las cosas), concentrado/a	1	2	3	4	5
18. Intranquilo/a, inquieto/a	1	2	3	4	5
19. Activo/a	1	2	3	4	5
20. Con miedo, miedoso/a	1	2	3	4	5

Apéndice V. Cuestionario de Recogida de Datos.

"Evaluación de la derivación temprana a terapia cognitivo conductual en pacientes en incapacidad temporal por trastornos mentales comunes"

Proceso	Edad: ____ años		Edad	<input type="checkbox"/> 25-34 años
Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	FN ____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/> 35-44 años
	<input type="checkbox"/> Mujer			<input type="checkbox"/> 45-54 años
Modo de vida	<input type="checkbox"/> Solo	Nivel de Estudios		<input type="checkbox"/> 55-65 años
	<input type="checkbox"/> En pareja		<input type="checkbox"/> Ninguno	
	<input type="checkbox"/> Con hijos (solo o en pareja)		<input type="checkbox"/> Primarios	
	<input type="checkbox"/> Con familiares dependientes		<input type="checkbox"/> Secundarios	
Código residencia (ver reverso): _____			<input type="checkbox"/> Universitarios medios	
			<input type="checkbox"/> Universitarios superiores	

VARIABLES LABORALES			
Cargo que ocupa	<input type="checkbox"/> De primer nivel (trabajador/peón)	Modalidad de pago (ver reverso)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> De segundo nivel(Jefe/coordinador/supervisor)		
	<input type="checkbox"/> De tercer nivel (Jefe de Jefes)		
	<input type="checkbox"/> De cuarto nivel (alto ejecutivo)		
Antigüedad	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses	Sector Laboral (ver reverso)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> Entre 3 y 6 meses		
	<input type="checkbox"/> Entre 6 y 1 año		
	<input type="checkbox"/> Entre 1 y 5 años		

VARIABLES CLINICAS Y FORENSES			
Antecedentes	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, en el último año <input type="checkbox"/> Si, en los últimos 5 años <input type="checkbox"/> Si, hace más de 5 años	Tiempo de evolución de síntomas	<input type="checkbox"/> Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> Entre 3 y 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6 y 12 meses <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 años <input type="checkbox"/> Más de 3 años
Medicación	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, ansiolíticos <input type="checkbox"/> Si, ansiolíticos y antidepresivos <input type="checkbox"/> Si, antidepresivos	Comorbilidad física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Motivo de consulta	<input type="checkbox"/> Aspectos personales <input type="checkbox"/> Aspectos laborales
Diagnostico	<input type="checkbox"/> Trastorno Adaptativo <input type="checkbox"/> Trastorno Afectivo <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad.	Recaída (es afirmativo si hay un proceso previo, con diagnóstico similar, de alta hace menos de 6 meses (180 días).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valoración pericial previa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de sesiones totales	_____ sesiones.

FECHAS (dd/mm/aaaa) DE INCAPACIDAD TEMPORAL (Las casillas sombreadas las rellenará el investigador)					
Fecha de baja laboral		Fecha de alta laboral		Duración IT en días naturales	
Fecha de la derivación al psicólogo (fecha HAD)		Demora en derivar (en días naturales)			
Fecha Inicio tratamiento		Fecha fin de tratamiento		Duración Tratamiento (días naturales)	

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

LUGAR DE RESIDENCIA	
1	Galicia
2	Asturias
3	Cantabria
4	País Vasco
5	Navarra
6	La Rioja
7	Aragón
8	Cataluña
9	Castilla y León
10	Madrid
11	Extremadura
12	Castilla la Mancha
13	Comunidad Valenciana
14	Islas Baleares
15	Andalucía
16	Región de Murcia
17	Islas Canarias
18	Ceuta y Melilla

MODALIDAD DE PAGO	
1	Pago Delegado: por cuenta ajena, régimen general, trabajador para una empresa
2	Pago Directo por cuenta propia: autónomos
3	Pago Directo por cuenta ajena: trabajador para una empresa de régimen general que ha sido despedido de la empresa y sigue de baja

SECTOR LABORAL (CNAE 2009)	
1	Sector de la construcción (CNAE F)
2	Comercio al por mayor y por menor (CNAE G)
3	Transporte y almacenamiento (CNAE H)
4	Hostelería (CNAE I)
5	Actividades financieras y de seguros (CNAE K)
6	Actividades profesionales, científicas y técnicas (CNAE M)
7	Actividades administrativas y servicios auxiliares (CNAE N): empresas de alquiler, agencias de colocación, operadores turísticos, actividad de seguridad e investigación, servicio a edificios, jardinería...
8	Administración Pública y defensa (CNAE O)
9	Educación (CNAE P)
10	Sanitario (CNAE Q)
11	Otros

Apéndice VI. Información para los participantes.

INFORMACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE VAYAN

A SER INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

Se le invita a participar en este estudio de investigación, que se llevará a cabo en las clínicas **umivale** o en consultas de psicología adscritas a **umivale**. Su participación es totalmente voluntaria, y si usted decide en cualquier momento que no quiere participar, puede hacerlo sin tener que dar ninguna explicación, ni esta decisión tendrá ninguna consecuencia sobre la atención médica que usted recibe habitualmente ni tendrá consecuencias para usted a nivel laboral. Tómese el tiempo que necesite para decidir si desea o no participar en el estudio. En caso afirmativo deberá firmar el Formulario de Consentimiento Informado.

El objetivo del estudio es estudiar el efecto de la intervención temprana de la psicoterapia sobre la duración de la Incapacidad Temporal, en trabajadores protegidos por la mutua umivale, en procesos de Incapacidad Temporal por contingencia común con patologías psicológicas moderadas.

Los investigadores participantes en el estudio, completarán un cuaderno con la información de interés, obtenida de su historia clínica y de la anamnesis que se realice. La información obtenida y nunca sus datos personales, se recogerán en el cuaderno de recogida de datos.

Sobre estos datos, se hará un tratamiento estadístico y se obtendrán unos resultados que se presentarán a los investigadores participantes al finalizar el estudio. A Vd. no se le practicará ninguna prueba médica complementaria por el hecho de participar en el estudio; solamente se recabará su colaboración para la realización de unos test adicionales.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Este estudio no modifica, ni el riesgo, ni el beneficio de las participantes, cuyos datos se van a recoger. Por tanto, cualquier riesgo potencial o el beneficio que puedan obtener será consecuencia de su asistencia psicológica habitual. Su participación puede ayudar a la comunidad científica del ámbito de la psicología a conocer aspectos relacionados con la psicoterapia.

Queda garantizada la ausencia de conflicto laboral negativo por el hecho de que Vd. participe en el estudio, así como por el hecho de que los resultados que puedan proporcionar los cuestionarios que se le administren.

Su participación en el estudio puede finalizar por alguno de los motivos siguientes: Vd. decide abandonar el estudio, su psicólogo del estudio decide que debe finalizar el estudio o Vd. no sigue las instrucciones de participación.

Si usted decide participar, algunas partes de su historial médico y los datos del estudio podrán ser revisados por el las Autoridades Sanitarias y/o miembros del Comité Ético de investigación Clínica, con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos y el estudio se lleva a cabo de forma correcta, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo con la legislación vigente.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. De conformidad con la normativa vigente en materia de protección de datos, usted consiente expresamente a la inclusión de los datos de su historia clínica así como los resultantes de su participación en el estudio en un fichero de datos personales bajo la responsabilidad del Centro.

El acceso a su información personal quedará restringido a los investigadores del estudio y sus colaboradores, autoridades sanitarias, Comité Ético de Investigación, quienes estarán sometidos al deber de secreto inherente a su profesión, cuando lo precisen, para comprobar los datos y

procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

Por último, Usted puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos, para lo cual deberá dirigirse al Centro donde se haya desarrollado el estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, procediéndose a su disociación, de manera que solo su psicólogo del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y su historia clínica. En caso de que tenga alguna duda sobre los aspectos de privacidad de este estudio, deberá consultarlo con su médico.

El promotor del estudio, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, a través de la Cátedra UCV **umivale** de innovación e investigación en patologías del trabajo es la responsable de gestionar la financiación de este estudio. Su psicólogo no recibe ninguna compensación económica por parte del promotor por la participación en este estudio. Vd. Tampoco percibirá compensación económica alguna por la participación en el estudio.

El estudio ha sido aprobado por Comité Ético Autonómico de Estudios Clínicos de Medicamentos y Productos Sanitarios (CAEC). No se ha objetivado ningún conflicto de intereses entre el promotor, los investigadores y las instituciones participantes en el estudio.

Si desea hacer lagunas pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio, o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con este estudio, por favor, no dude en ponerse en contacto con su médico o psicólogo o con el Dr. Dr. José Heliodoro Marco Salvador, investigador principal del estudio, en la Facultad de Psicología, Magisterio y Ciencias de la Educación de la UCV.

Se le entregará una copia de esta hoja de información y del consentimiento.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Los datos del estudio son confidenciales y se encuentran sometidos a la Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal. Sus datos serán anonimizados y solamente los investigadores dispondrán de acceso al código de disociación. Estos investigadores tienen la obligación de salvaguardar los datos y han suscrito un compromiso de confidencialidad.

Apéndice VII. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a _____

(Nombre y apellidos del PACIENTE)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con _____

(Nombre y apellidos del PSICOLOGO)

Comprendo que mi participación es voluntaria y que implica que el médico y el equipo investigador tengan acceso a mi historia clínica y que puedan procesar mis datos.

Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar ninguna explicación y sin que esto repercuta en mi trabajo ni en los cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha y Firma del Paciente

Fecha y Firma del Investigado

Apéndice VIII. Instrucciones para el paciente

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

- Por favor, confirme que haya firmado ya el consentimiento informado antes de continuar.
- Lea detenidamente estas instrucciones y en caso de duda por favor, pregúntele a su psicólogo.
- El psicólogo solo podrá ayudarle en asuntos formales, pues no podrá contestar u orientar las respuestas en ningún sentido.
- Todos los cuestionarios que va a rellenar son totalmente anónimos, y llevarán un código identificativo para su correcta corrección, además de incluir la fecha de realización.
- En total deberá rellenar seis cuestionarios breves.
- Cada uno de ellos incluirá las instrucciones concretas de cada test. Por favor, léalas antes de comenzar a contestar.
- Las respuestas deben de ser contestadas por usted mismo, sin recibir indicación o sugerencia de ningún familiar o acompañante.
- Las respuestas deberán hacer referencia al estado actual de síntomas, sin referirse a estados pasados.
- Deberá contestar en la propia clínica, sin posibilidad de llevárselo a casa.
- El tiempo estimado en la cumplimentación de los cuestionarios le llevará unos 20 minutos.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

- El estudio incluye dos momentos temporales: uno al principio de la terapia y otro al terminarla. Por lo que deberá rellenar estos mismos cuestionarios al finalizar la terapia. Si éste último paso no llegará a realizarse quedaría fuera del estudio por falta de información.
- Los cuestionarios son los siguientes: “Inventario de Depresión de Beck” (BDI-II) traducción de Sanz, Navarro y Vázquez (2003); “Inventario de Ansiedad de Beck” (BAI) adaptación de Magan, I. Sanz, J., Paz García-Vera, M., (2008); y “Escala de afecto positivo y negativo” (PANAS) de Watson, Clark y Tellegen (1988) adaptación de Sandín.

Referencias

VII. Referencias

- Addis, M., & Jacobson, N. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1417. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/journals/ccp/64/6/1417/>
- Ahlgren, Å., Bergroth, A., & Ekholm, J. (2008). Selection of clients for vocational rehabilitation at six local social insurance offices: a combined register and questionnaire study on rehabilitation measures and. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(3), 178–184. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/mjl/sreh/2008/00000040/00000003/art00004>
- Ahlgren, Å., Bergroth, A., Ekholm, J., & Schöldt, K. (2007). Work resumption after vocational rehabilitation: A follow-up two years after completed rehabilitation. *Work*, 28(4), 343–354.
- Alexanderson, K., & Norlund, A. (2004). Chapter 1. Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(5), 12–30. <http://doi.org/10.1080/14034950410021808>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W. A. M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 21–27. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Álvarez-Barón, N., Basurte, P., Jiménez, S., & Zamora, M. (2010). Factores de corrección de tiempos estándar en Incapacidad Temporal. Retrieved September 27, 2015, from <http://www.revista.ibermutuamur.es/articulos/factores-de-corrección-de-tiempos-estandar-en-incapacidad-temporal/all/1/>

Álvarez Theurer, E., Llergo Muñoz, A., & Vaquero Abellán, M. (2009). Análisis de la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. *Atención Primaria*, 41(7), 387–393.
<http://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.10.020>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
<http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

American Psychological Association (2012). Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness- Approved August 2012. Washington, DC: APA.

Andersen, M. F., Nielsen, K., & Brinkmann, S. (2014). How do workers with common mental disorders experience a multidisciplinary return-to-work intervention? A qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(4), 709–24. <http://doi.org/10.1007/s10926-014-9498-5>

Andersen, M. F., Nielsen, K. M., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 38(2), 93–104.
<http://doi.org/10.5271/sjweh.3257>

- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 316–325. <http://doi.org/10.1007/s00127-002-0551-x>
- Andrews, G., & Henderson, S. (2000). *La necesidad insatisfecha en psiquiatría: problemas, los recursos, las respuestas*. Retrieved from [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mYM9JvgXxq0C&oi=fnd&pg=PP1&dq=11.%09Andrews,+G.,+Henderson,+S.+\(2000\).+Unmet+need+in+psychiatry:+problems,+resources,+responses,+1st+ed.+Cambridge:+Cambridge+University+Press.+&ots=o_nFaCPLcm&sig=mR-evlYdMIKwQQcm](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mYM9JvgXxq0C&oi=fnd&pg=PP1&dq=11.%09Andrews,+G.,+Henderson,+S.+(2000).+Unmet+need+in+psychiatry:+problems,+resources,+responses,+1st+ed.+Cambridge:+Cambridge+University+Press.+&ots=o_nFaCPLcm&sig=mR-evlYdMIKwQQcm)
- Anema, J. R., Jettinghoff, K., Houtman, I., Schoemaker, C. G., Buijs, P. C., & van den Berg, R. (2006). Medical Care of Employees Long-Term Sick Listed Due to Mental Health Problems: A Cohort Study to Describe and Compare the Care of the Occupational Physician and the General Practitioner. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16(1), 38–49. <http://doi.org/10.1007/s10926-005-9001-4>
- Ansoleaga, E., Garrido, P., Domínguez, C., Castillo, S., Lucero, C., Tomicic, A., & Martínez, C. (2015). Facilitadores del reintegro laboral en trabajadores con patología mental de origen laboral: una revisión sistemática. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 85–95. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872015000100011>
- Araña, S. M. (2008). *Diagnosticos y prescripciones en salud mental, atencion primaria e incapacidad laboral temporal*. (Ministerio de trabajo e inmigración. Secretaría de Estado de Seguridad Social. Gobierno de España (Eds.), Ed.). Retrieved from <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/116335.pdf>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Arends, I., Bruinvels, D., & Rebergen, D. (2012). Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(12), 12. Retrieved from https://pure.rug.nl/ws/files/2403473/E-book_dissertation_Iris_Arends_2013.pdf#page=19

Arends, I., Bültmann, U., Nielsen, K., W. Rhenen, van, M.R. Boer, de, & J.J.L. Klink, van der. (2014). Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 100, 123–132.

Arends, I., van der Klink, J. J. L., van Rhenen, W., de Boer, M. R., & Bültmann, U. (2014). Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(1), 21–9. <http://doi.org/10.1136/oemed-2013-101412>

Asociación de Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social. Retrieved from http://www.amat.es/cifras_y_datos.3php

Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., ... ODIN Group. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 179(4), 308–16. <http://doi.org/10.1192/BJP.179.4.308>

Ayuso-Mateos, J., Nieto-Moreno, M., Sánchez-Moreno, J., & Vázquez-Barquero, J. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad f en la Práctica Clínica. *Medicina Clínica*, 126(12), 461–466. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577530671973X>

- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-Based Psychological Treatments: An Update and a Way Forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 1–27. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629>
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 261–282. [http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80073-5](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80073-5)
- Beck, A. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. (Desclée de Brouwer, Ed.). Retrieved from <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=WZz-DQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT4&dq=terapia+cognitivo+conductual+en+trastornos+mentales+comunes&ots=VIZjH9i4hA&sig=PROr0GhOCKoJpeP8fOwVWFEiY9M>
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490–8. Retrieved from <http://m.blog.naver.com/mistyeyed73/220427762670>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press. Retrieved from <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=L09cRS0xWj0C&oi=fnd&pg=PP15&dq=Beck,+1979&ots=FWSljS9odj&sig=z0dtvYDATSqJE7E5Y0Ivthwg0i4#v=onepage&q=Beck%2C+1979&f=false>
- Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 1–24. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Bedi, N., Chilvers, C., Churchill, R., Dewey, M., Duggan, C., Fielding, K., ... Williams, I. (2000). Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 177(4), 312–8. <http://doi.org/10.1192/BJP.177.4.312>

Benavides, F.G., Plana, M., Serra, C., Dominguez, R., Despuig, M., Aguirre, S., Soria, M., Sampere, M., Gimeno, D. (2007). Return to Work After a Non-Work Related Sick Spell: The Role of Age, Sex, Economic Activity and Autonomous Community. *Original*, 81, 183–190.

Benavides, F. G., Torá, I., Miguel Martínez, J., Jardí, J., Manzanera, R., Alberti, C., & Delclós, J. (2010). Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 24(3), 215–219. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.12.002>

Benavides, F., López, M., & Durán, X. (2014). Incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única: la capacidad laboral, un continuo. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 60(142–142). Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014005500220

Benjet, C., Casanova, L., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2013). Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud Pública de México*, 55(3), 248–256.

- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R., & Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74–80. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Blank, L., Peters, A. J., Pickvance, A. S., Wilford, A. J., & Macdonald, A. E. (2008). A Systematic Review of the Factors which Predict Return to Work for People Suffering Episodes of Poor Mental Health. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 27–34. <http://doi.org/10.1007/s10926-008-9121-8>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Wang, P. S., Lara, C., Berglund, P., & Walters, E. (2006). Treatment and Adequacy of Treatment of Mental Disorders Among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1371–1378. <http://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1371>
- Borkovec, T. D., Elliott, T., Hopkins, M., Jacobs-Caffey, L., Lyonfields, J., Lytle, R., ... Shadick, R. (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive—Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.611>
- Bortolotti, B., Menchetti, M., Bellini, F., Montaguti, M. B., & Berardi, D. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 293–302. <http://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2008.04.001>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Boschen, M. J., Neumann, D. L., & Waters, A. M. (2009). Relapse of successfully treated anxiety and fear: theoretical issues and recommendations for clinical practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 89–100.
<http://doi.org/10.1080/00048670802607154>

Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D., & Vanderpyl, J. (2008). Unmet Needs and Treatment Seeking in High Users of Mental Health Services: Role of Illness Perceptions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(2), 147–153.
<http://doi.org/10.1080/00048670701787503>

Brouwers, E. P., Terluin, B., Tiemens, B. G., & Verhaak, P. F. (2009). Predicting Return to Work in Employees Sick-Listed Due to Minor Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 323–332. <http://doi.org/10.1007/s10926-009-9198-8>

Bultmann, U., Christensen, K. B., Burr, H., Lund, T., & Rugulies, R. (2008). Severe depressive symptoms as predictor of disability pension: a 10-year follow-up study in Denmark. *The European Journal of Public Health*, 18(3), 232–234.
<http://doi.org/10.1093/eurpub/ckm132>

Bültmann, U., Christensen, K. B., Burr, H., Lund, T., Rugulies, R., Henderson, M., ... Andersen, J. (2008). Severe depressive symptoms as predictor of disability pension: a 10-year follow-up study in Denmark. *European Journal of Public Health*, 18(3), 232–4.
<http://doi.org/10.1093/eurpub/ckm132>

- Burstrom, B., Nylen, L., Clayton, S., & Whitehead, M. (2011). How equitable is vocational rehabilitation in Sweden? A review of evidence on the implementation of a national policy framework. *Disability and Rehabilitation*, 33(6), 453–466.
<http://doi.org/10.3109/09638288.2010.493596>
- Caballero-Martinez, F. León-Vázquez, F. Payá-Pardo, A. Díaz-Holgado, A. (2014). Original. *Actas Esp Psiquiatr*, 42(6), 281–91.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Siglo XXI Editores.
- Campbell, L. F., Norcross, J. C., Vasequez, M. J. T., & Kaslow, N. J. (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness: The APA resolution. *Psychotherapy*, 50(1), 98–101.
<http://doi.org/10.1037/a0031817>
- Campo-Arias, A., & Cassiani Miranda, C. A. (2008). The Most Frequently Diagnosed Mental Disorders: Prevalence and Associated Socio-demographical Factors. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(4), 598–613.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442–446. Retrieved from
<http://www.uniovi.es/reunido/index.php/PST/article/view/7897>
- Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., Underwood, L., Kessler, R., ... Ehlers, A. (2010). Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581.
<http://doi.org/10.1186 / 1741-7015-8-38>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Carlsson, L., Englund, L., Hallqvist, J., & Wallman, T. (2013). Early multidisciplinary assessment was associated with longer periods of sick leave: A randomized controlled trial in a primary health care centre. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(3), 141–146. <http://doi.org/10.3109/02813432.2013.811943>

Catalina-Romero, C., Martínez-Muñoz, P., Quevedo-Aguado, L., Ruiz-Moraga, M., Fernández-Labandera, C., & Calvo-Bonacho, E. (2013). Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 40–46. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.008>

Catalina-Romero, C., Cabrera Sierra, M., Sainz Gutiérrez, J., Barrenechea Albarrán, J., & Madrid Conesa Calvo Bonacho, A. E. (2011). Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo PALABRAS CLAVE. *Rev Calid Asist*, 26(1), 39–46. <http://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.006>

Catalina-Romero, C., Cabrera Sierra, M., Sainz Gutiérrez, J. C., Barrenechea Albarrán, J. L., Madrid Conesa, A., & Calvo Bonacho, E. (2011). Variables moduladoras de la discapacidad asociada al trastorno depresivo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(1), 39–46. <http://doi.org/10.1016/j.cali.2010.11.006>

Chan, M. (2010). La salud mental y el desarrollo: las personas de orientación con condiciones de salud mental como un grupo vulnerable. *Organización Mundial de La Salud*. Retrieved from http://wwwlive.who.int/entity/mental_health/policy/development/mh_devel_targeting_summary_2010_en.pdf

- Clark, D. M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23(4), 318–327. <http://doi.org/10.3109/09540261.2011.606803>
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910–920. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010>
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 583–589. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.583>
- Clark, D.M., & Salkovskis, P. (1987). *Cognitive treatment for panic attacks: Therapist's manual*. (University of Oxford, Ed.) *Unpublished manuscript, University of Oxford*. Retrieved from https://scholar.google.es/scholar?q=Clark+y+Salkovskis%2C+1987&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
- Codony, M., Alonso, J., Almansa, J., Vilagut, G., Pinto-Meza, A., & Haro, J. (2007). Uso de la atención de salud mental en la población general española. Los resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Españolas de de Psiquiatría*, 35, 21–28. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/med/18264866>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Cornelius, L. R., van der Klink, J. J. L., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2011). Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 259–274. <http://doi.org/10.1007/s10926-010-9261-5>

Cortès, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., & Borrell, C. (2004). Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 351–359. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(04\)71844-0](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(04)71844-0)

De Rijk, A., Janssen, N., Alexanderson, K., & Nijhuis, F. (2008). Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their associations with health: a prospective cohort study in The Netherlands. *International Journal of Rehabilitation Research*, 31(4), 327–336. <http://doi.org/10.1097/MRR.0b013e3282fba37c>

de Vries, G., Koeter, M. W. J., Nabitz, U., Hees, H. L., & Schene, A. H. (2012). Return to work after sick leave due to depression; A conceptual analysis based on perspectives of patients, supervisors and occupational physicians. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1017–1026. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.035>

Dekkers-Sánchez, P. M., Hoving, J. L., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2008). Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(3), 153–7. <http://doi.org/10.1136/oem.2007.034983>

Delclós, J., Plana, M., García, S., Vila, D., López López, J. C., Benavides, F. G., ... Serra, C.

(2010a). Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, ISSN 1138-9672, Vol. 13, N°. 4, 2010, Págs. 180-187, 13(4), 180–187.

Delclós, J., Plana, M., García, S., Vila, D., López López, J. C., Benavides, F. G., ... Serra, C.

(2010b). Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, ISSN 1138-9672, Vol. 13, N°. 4, 2010, Págs. 180-187, 13(4), 180–187.

Demou, E., Brown, J., Sanati, K., Kennedy, M., Murray, K., & Macdonald, E. B. (2016). A

novel approach to early sickness absence management: The EASY (Early Access to Support for You) way. *Work*, 53(3), 597–608. <http://doi.org/10.3233/WOR-152137>

Dewa, C. S., Chau, N., & Dermer, S. (2009). Factors Associated With Short-Term Disability

Episodes. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(12), 1394–1402. <http://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181bc3f7c>

Dewa, C. S., Goering, P., Lin, E., & Paterson, M. (2002). Depression-related short-term

disability in an employed population. *Journal of Occupational an Environmental Medicine*, 44(7), 628–633. Retrieved from

http://journals.lww.com/joem/Abstract/2002/07000/Depression_Related_Short_Term_Disability_in_an.7.aspx

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Dewa, C. S., Hoch, J. S., Carmen, G., Guscott, R., & Anderson, C. (2009). Cost, Effectiveness, and Cost-Effectiveness of a Collaborative Mental Health Care Program for People Receiving Short-Term Disability Benefits for Psychiatric Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(6).

Dewa, C. S., Hoch, J. S., Lin, E., Paterson, M., & Goering, P. (2003). Pattern of antidepressant use and duration of depression-related absence from work. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 183(6), 507–13.
<http://doi.org/10.1192/03-91>

Díaz-Cruz, F., Bethencourt Pérez, J. M., & Peñate Castro, W. (2004). Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 21–39.

Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). *Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención Primaria* (Vol. 41).

Dobson, K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414–419.
<http://doi.org/10.1037/0022-006X.57.3.414>

Doki, S., Sasahara, S., & Matsuzaki, I. (2015). Psychological approach of occupational health service to sick leave due to mental problems: a systematic review and meta-analysis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(6), 659–667.
<http://doi.org/10.1007/s00420-014-0996-8>

- Duijts, S. F. A., Kant, I. J., Landeweerd, J. A., & Swaen, G. M. H. (2006). Prediction of sickness absence: development of a screening instrument. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(8), 564–9. <http://doi.org/10.1136/oem.2005.024521>
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinhartz, D., & Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48, 579–589. <http://doi.org/10.3233/WOR-141914>
- D’Amato, A., & Zijlstra, F. (2010). Toward a Climate for Work Resumption: The Nonmedical Determinants of Return to Work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(1), 67–80. <http://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181c75291>
- Ebrahim, S., Guyatt, G. H., Walter, S. D., Heels-Ansdell, D., Bellman, M., Hanna, S. E., ... Dijk, F. van. (2013). Association of Psychotherapy with Disability Benefit Claim Closure among Patients Disabled Due to Depression. *PLoS ONE*, 8(6), e67162. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0067162>
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1997). Tratamiento psicológico de la agorafobia. In *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 89–112). Retrieved from <http://www.academia.edu/download/41335617/caballo-2007-manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos.pdf#page=115>
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica Y de La Salud*, 1(1), 181–204. Retrieved from <http://www.academia.edu/download/33420429/TCC7.pdf>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Echeburúa, E., De Corral, P., & Salaberría, K. (2010). EFECTIVIDAD DE LAS TERAPIAS PSICOLÓGICAS: UN ANÁLISIS DE LA REALIDAD ACTUAL. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 15(2), 85–99. Retrieved from <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2010-15-2-5010/Documento.pdf>

Ejeby, K., Savitskij, R., Öst, L.-G., Ekblom, A., Brandt, L., Ramnerö, J., ... Backlund, L. G. (2014). Symptom reduction due to psychosocial interventions is not accompanied by a reduction in sick leave: Results from a randomized controlled trial in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32(2), 67–72. <http://doi.org/10.3109/02813432.2014.909163>

Ekberg, K., Wåhlin, C., Persson, J., Bernfort, L., & Öberg, B. (2015). Early and late return to work after sick leave predictors in a cohort of sick-listed individuals with common mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(3), 627–637. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10926-015-9570-9>

Engström, L., & Janson, S. (2007). relacionada con el estrés y las bajas por enfermedad retorno al mercado de trabajo en Suecia. *Discapacidad Y Rehabilitación*, 29(5), 411–416. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638280600835986>

Enguita Martín, R. C., & Ramos Muñoz, R. (2013). Trastorno de adaptación: análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 59(232), 322–344. <http://doi.org/10.4321/S0465-546X2013000300004>

- Fernández, A., Haro, J. M., Codony, M., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Autonell, J., ...
 Liang, K. Y. (2006). Treatment adequacy of anxiety and depressive disorders: primary
 versus specialised care in Spain. *Journal of Affective Disorders*, 96(1–2), 9–20.
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.005>
- Filmus, Y. (2010). Two Proofs of the Central Limit Theorem, 1–3. Retrieved from
<http://www.cs.toronto.edu/~yuvalf/CLT.pdf>
- Fimland, M. S., Vasseljen, O., Gismervik, S., Rise, M. B., Halsteinli, V., Jacobsen, H. B., ...
 Johnsen, R. (2014). Occupational rehabilitation programs for musculoskeletal pain and
 common mental health disorders: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC
 Public Health*, 14(1), 368. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-368>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). Structured clinical
 interview for DSM-IV axis I disorders. *Nueva York: New York State Psychiatric Institute*.
- Flach, P. A., Groothoff, J. W., Krol, B., Bültmann, U., Krause, N., Frank, J., ... Bezemer, P.
 (2012). Factors associated with first return to work and sick leave durations in workers
 with common mental disorders. *European Journal of Public Health*, 22(3), 440–5.
<http://doi.org/10.1093/eurpub/ckr102>
- Fleten, N., Johnsen, R., Østrem, B. S., Berg, J., Tellnes, G., Noreik, K., ... Boersma, K.
 (2004). Reliability of sickness certificates in detecting potential sick leave reduction by
 modifying working conditions: a clinical epidemiology study. *BMC Public Health*, 4(1),
 8. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-4-8>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Fossey, E., & Harvey, C. (2010). Finding and sustaining employment: a qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *La Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 303. Retrieved from <http://search.proquest.com/openview/778612dbae6c9fb9879ab019b59d6b3a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=37339>

Fossey, E. M., & Harvey, C. A. (2010). Finding and sustaining employment: A qualitative meta-synthesis of mental health consumer views. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(5), 303–314. <http://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.5.6>

Gabbay, M., Taylor, L., Sheppard, L., Hillage, J., Bamba, C., Ford, F., ... Gabbay, M. (2011). NICE guidance on long-term sickness and incapacity. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(584), e118-24. <http://doi.org/10.3399/bjgp11X561221>

Gérvás, J., Ruiz Téllez, Á., & Fernández, M. P. (2006). *La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión*. Documento de trabajo 85/2006. Madrid: Fundación Alternativas.

Gilbody, S., Bower, P., Fletcher, J., Richards, D., & Sutton, A. J. (2006). Collaborative Care for Depression. *Archives of Internal Medicine*, 166(21), 2314. <http://doi.org/10.1001/archinte.166.21.2314>

Gili, M., Campayo, J., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000454>

- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M., & Bernardo, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12(Número 1), 131–135.
- Giner, J., Saiz Ruiz, J., Bobes, J., Zamorano, E., López, F., Hernando, T., ... Romacho, M. (2014). Consenso español de salud física del paciente con depresión. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, 7(4), 195–207. <http://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.05.003>
- Ginexi, E., Howe, G., & Caplan, R. (1999). Transitions into poverty following job loss and the depression-reemployment relationship. *Annals New York Academy of Sciences*, 896, 403–405. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Elizabeth_Ginexi/publication/12633431_Transitions_into_Poverty_Following_Job_Loss_and_the_DepressionReemployment_Relationship/links/553e47b20cf294deef7002e5.pdf
- Gjesdal, S., & Bratberg, E. (2003). Diagnosis and duration of sickness absence as predictors for disability pension: results from a three-year, multi-register based* and prospective study. *Scandinavian Journal of Social*, 31(4), 246–254. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1080/14034940210165154>
- Gjesdal, S., Ringdal, P., Haug, K., & Gunnar Maeland, J. (2008). ausencia prolongada enfermedad y pensión de invalidez con diagnósticos psiquiátricos: un estudio de cohorte de base poblacional. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(4), 294–301. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08039480801984024>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Glozier, N. (2002). Mental ill health and fitness for work. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(10), 714–20. <http://doi.org/10.1136/OEM.59.10.714>

González-Barcala, F. J., Cadarso-Suárez, C., Valdés-Cuadrado, L., Lado-Lema, M. E., Bugarín-González, R., Vilariño-Pombo, C., & Hervada-Vidal, X. (2006). Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. *Atención Primaria*, 37(8), 431–437. <http://doi.org/10.1157/13088881>

Grinstead, C. M. (Charles M., & Snell, J. L. (James L. (1997). *Introduction to probability*. American Mathematical Society.

Gustafsson, K., Lundh, G., Svedberg, P., Linder, J., Alexanderson, K., & Marklund, S. (2011). Disability, sickness, and unemployment benefits among long-term sickness absentees five years before, during, and after a multidisciplinary medical assessment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 4, 25–31. <http://doi.org/10.2147/JMDH.S17138>

Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718–779. <http://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>

Hague, J. (2005). Alchemy in the 21st century: can you change antidepressants into psychologists?. *Atención Primaria de Salud Mental*, 3(2), 157–158. Retrieved from <http://insights.ovid.com/primary-care-mental-health/pmeth/2005/03/020/alchemy-21st-century-change-antidepressants/12/00151300>

- Haldorsen, E. M. H., Kronholm, K., Skouen, J. S., & Ursin, H. (1998). Predictors for outcome of a multi-modal cognitive behavioural treatment program for low back pain patients- a 12-month follow-up study. *European Journal of Pain*, 2, 293–307.
- Hallberg, H., & Mattsson, B. (1992). Separation and distress—sickness absence and health screening in newly divorced middle-aged Swedish men. *Scandinavian Journal of Primary Health*, 10(2), 91–97. Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02813439209014043>
- Hansen, A., Edlund, C., & Bränholm, I.-B. (2005). Significant resources needed for return to work after sick leave. *Work*, 25(3), 231–240.
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. A., & Beekman, A. T. F. (2009). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184–191. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x>
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126(12), 445–451. <http://doi.org/10.1157/13086324>
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1–23. <http://doi.org/10.1007/BF01173521>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Henderson, M., Glozier, N., & Elliot, K. H. (2005). Long term sickness absence. *BMJ British Medical Journal*, 802–3.

Hendriks, S. M., Spijker, J., Licht, C. M. M., Hardeveld, F., de Graaf, R., Batelaan, N. M., ... Beekman, A. T. F. (2015). Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 178, 121–130.
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.004>

Hensing, G., & Spak, F. (1998). Psychiatric disorders as a factor in sick-leave due to other diagnoses. A general population-based study. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 172(3), 250–6. <http://doi.org/10.1192/BJP.172.3.250>

Hetzler, A., Melén, D., & Bjerstedt, D. (2005). *Sjuk-Sverige : försäkringskassan, rehabilitering och utslagning från arbetsmarknaden*. Brutus Östlings Bokförlag Symposion.

Hoefsmit, N., Houkes, I., & Nijhuis, F. J. N. (2012). Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), 462–477. <http://doi.org/10.1007/s10926-012-9359-z>

Hollon, S. D., Areán, P. A., Craske, M. G., Crawford, K. A., Kivlahan, D. R., Magnavita, J. J., ... Kurtzman, H. (2014). Development of Clinical Practice Guidelines. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 213–241. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185529>

- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring Effects for Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Depression and Anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 285–315. <http://doi.org/10.1146/annurev.psych.57.102904.190044>
- Huijs, J. J. J. M., Lando, @bullet, Koppes, L. J., Toon, @bullet, Taris, W., & Blonk, R. W. B. (2012). Differences in Predictors of Return to Work Among Long-Term Sick-Listed Employees with Different Self-Reported Reasons for Sick Leave. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 301–311.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. (2009). Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Tiempos estándar de incapacidad temporal. (2ª Ed). Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00grups/public/documents/binario/122970.pdf> el 09-11-2016.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social.. (2015). Guía de valoración de Incapacidad Laboral Temporal para médicos de Atención Primaria. (2ªEd)Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III.
- Jefatura del Estado. (1994). Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial Del Estado*, (154), 20658 y stes. Retrieved from www.vigias.org.es
- Jensen, C., Jensen, O. K., Christiansen, D. H., & Nielsen, C. V. (2011). One-Year Follow-Up in Employees Sick-Listed Because of Low Back Pain. *Spine*, 36(15), 1180–1189. <http://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181eba711>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Joosen, M., & Brouwers, E. (2015). An international comparison of occupational health guidelines for the management of mental disorders and stress-related psychological symptoms. *Occupational and*, 72(5), 313–322. Retrieved from <http://oem.bmj.com/content/72/5/313.short>

Kant, Ij., Jansen, N. W. H., van Amelsvoort, L. G. P. M., van Leusden, R., & Berkouwer, A. (2008). Structured Early Consultation with the Occupational Physician Reduces Sickness Absence Among Office Workers at High Risk for Long-Term Sickness Absence: a Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18(1), 79–86. <http://doi.org/10.1007/s10926-007-9114-z>

Karlsson, N. E., Carstensen, J. M., Gjesdal, S., Alexanderson, K. A. E., Alexanderson, K., Norlund, A., ... Schlesselman, J. (2008). Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick leave in Sweden. *European Journal of Public Health*, 18(3), 224–31. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckm128>

Karpansalo, M., Kauhanen, J., & Lakka, T. (2005). Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *And Community Health*. Retrieved from <http://jech.bmj.com/content/59/1/70.short>

Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... Petukhova, M. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6, 168–176.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E., ... MA, B. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 287–297. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x>
- Knudsen, A. K., Øverland, S., Aakvaag, H. F., Harvey, S. B., Hotopf, M., & Mykletun, A. (2010). Common mental disorders and disability pension award: Seven year follow-up of the HUSK study. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 59–67. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.03.007>
- Koopmans, P. C., Bültmann, U., Roelen, C. A. M., Hoedeman, R., van der Klink, J. J. L., & Groothoff, J. W. (2011). Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(2), 193–201. <http://doi.org/10.1007/s00420-010-0540-4>
- Koopmans, P. C., Roelen, C. A. M., & Groothoff, J. W. (2008). Sickness absence due to depressive symptoms. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81(6), 711–719. <http://doi.org/10.1007/s00420-007-0243-7>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Kraaijeveld, R. A., Schaafsma, F. G., Boot, C. R., Shaw, W. S., Bültmann, U., & Anema, J. R. (2013). Implementation of the Participatory Approach to increase supervisors' self-efficacy in supporting employees at risk for sick leave; design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1), 750. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-750>

Krause, N., Dasinger, L. K., Deegan, L. J., Rudolph, L., & Brand, R. J. (2001). Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: A disability phase-specific analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 40(4), 374–392. <http://doi.org/10.1002/ajim.1112>

Kristman, V. L., Shaw, W. S., Boot, C. R. L., Delclos, G. L., Sullivan, M. J., Ehrhart, M. G., & Prevention, the H. C. W. G. on W. D. (2016). Researching Complex and Multi-Level Workplace Factors Affecting Disability and Prolonged Sickness Absence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(4), 399–416. <http://doi.org/10.1007/s10926-016-9660-3>

Labrador, F., Echeburúa, E., & Elisardo, B. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva Psicología Clínica. *Informació Psicológica*, 336. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Elisardo_Becona/publication/31701705_Guia_para_la_eleccion_de_tratamientos_psicologicos_efectivos_hacia_una_nueva_psicologia_clinica_FJ_Labrador_E_Echeburua_E_Becona_Iglesia/links/5745893e08aea45ee854c9eb.pdf

- Labrador, F., Quirós, M. De, & Estupiñá, F. (2011). ¿ Por qué se alargan los tratamientos psicológicos? Predictores de una mayor duración del tratamiento y diferencias entre los casos de corta y larga duración. *Psicothema*, 23(4), 573–579. Retrieved from <http://www.uniovi.es/revistas/index.php/PST/article/view/9127>
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., & Schaufeli, W. B. (2010). Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress*, 24(4), 359–375. <http://doi.org/10.1080/02678373.2010.532644>
- Lagerveld, S. E., Blonk, R. W. B., Brenninkmeijer, V., Wijngaards-de Meij, L., & Schaufeli, W. B. (2012). Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: A comparative outcome study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 220–234. <http://doi.org/10.1037/a0027049>
- Lammerts, L., van Dongen, J. M., Schaafsma, F. G., van Mechelen, W., & Anema, J. R. (2017). A participatory supportive return to work program for workers without an employment contract, sick-listed due to a common mental disorder: an economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 17(1), 162. <http://doi.org/10.1186/s12889-017-4079-0>
- LaMontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., & Ostry, A. (2010). Job stress as a preventable upstream determinant of common mental disorders: A review for practitioners and policy-makers. *Advances in Mental Health*, 9(1), 17–35. <http://doi.org/10.5172/jamh.9.1.17>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., ...

Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14(1), 131. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-14-131>

Latorre Postigo, J. M., Bravo, B. N., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Wood, C. M., &

Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37–45.

Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Mae Wood, C.,

& Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37–45. <http://doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>

Layard, R., Clark, A. E., Cornaglia, F., Powdthavee, N., & Vernoit, J. (2014). What Predicts a

Successful Life? A Life-course Model of Well-being. *The Economic Journal*, 124(580), F720–F738. <http://doi.org/10.1111/eoj.12170>

Layard, R., & Clark, D. (2014). *Thrive: El poder de las terapias psicológicas basadas en la evidencia*. Allen Lane: Penguin Books. Retrieved from

https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=tGL5AgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=Layard+Clark+2014+&ots=He52w_DlJC&sig=lC_vj_A7fR1Y8MCZ02701omART8

Layard, R., & Clark, D. M. (2015). Why More Psychological Therapy Would Cost Nothing.

Frontiers in Psychology, 6, 1713. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01713>

- Lemieux, P., Durand, M.-J., & Hong, Q. N. (2011). Supervisors' Perception of the Factors Influencing the Return to Work of Workers with Common Mental Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(3), 293–303. <http://doi.org/10.1007/s10926-011-9316-2>
- Leon, L., Jover, J. A., Candelas, G., Lajas, C., Vadillo, C., Blanco, M., ... Abasolo, L. (2009). Effectiveness of an early cognitive-behavioral treatment in patients with work disability due to musculoskeletal disorders. *Arthritis & Rheumatism*, 61(7), 996–1003. <http://doi.org/10.1002/art.24609>
- Lexis, M., Jansen, N., & Huibers, MJ. (2011). Prevención de la ausencia de enfermedad a largo plazo y la depresión grave en los empleados de alto riesgo: un ensayo controlado aleatorio. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(6), 400–407. Retrieved from <http://oem.bmj.com/content/68/6/400.short>
- Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscal, administrativas y de orden social. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1994-28968> el 24-11-2016.
- Lillo Fernández de Cuevas, J. M., & Rodríguez Blas, M. del C. (2016). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2014: principales resultados. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España.*
- Lobbestael, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(1), 75–79. <http://doi.org/10.1002/cpp.693>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Løkke Nielsen, A.-K. (2008). Determinants of absenteeism in public organizations: a unit-level analysis of work absence in a large Danish municipality. *The International Journal of Human Resource Management*, 19(7), 1330–1348.
<http://doi.org/10.1080/09585190802110158>

Løvrvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbent, E., & Reme, S. E. (2014). Association Between Illness Perceptions and Return-to-Work Expectations in Workers with Common Mental Health Symptoms. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(1), 160–170.
<http://doi.org/10.1007/s10926-013-9439-8>

Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F., & Syme, S. L. (1995). Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49(2), 124–30.
<http://doi.org/10.1136/JECH.49.2.124>

Martín, J. ., Garriga, A., Pujalte, M. L., Balanza, P., Llorente, C. S., Guijarro, A., ... Martínez-Artero, M. C. (2009). Generalización y efectividad de la aplicación del modelo de control de pánico en centros de salud mental. Una estrategia de benchmarking. *Psicologia.com*, 13(2).

Martin, M. H., Nielsen, M. B., Petersen, S. M., Jakobsen, L. M., & Rugulies, R. (2012). Implementation of a Coordinated and Tailored Return-to-Work Intervention for Employees with Mental Health Problems. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 427–436. <http://doi.org/10.1007/s10926-011-9352-y>

- Martín Martín, J. J. (2016). El sistema nacional de salud español ante la gran recesión. *Cuadernos de Relaciones Laborales.*, 34(2), 315–334.
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A., & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595–602.
<http://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- McPherson, S., Evans, C., & Richardson, P. (2009). The NICE Depression Guidelines and the recovery model: Is there an evidence base for IAPT? *Journal of Mental Health*, 18(5), 405–414. <http://doi.org/10.3109/09638230902968258>
- Michie, S., & Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 3–9. <http://doi.org/10.1136/OEM.60.1.3>
- Ministerio de Sanidad, P. S. e I. (2009). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces = Evidence-based psychology and the design and assessment of efficient psychological treatments. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 16(2), 81. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.10353>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

- Muijzer, A., Brouwer, S., Geertzen, J. H., & Groothoff, J. W. (2012). Exploring factors relevant in the assessment of the return-to-work process of employees on long- term sickness absence due to a depressive disorder: a focus group study. *BMC Public Health*, 12, 103. <http://doi.org/DOI: 10.1186 / 1471-2458-12-103>
- Muijzer, A., Groothoff, J. W., de Boer, W. E. L., Geertzen, J. H. B., Brouwer, S., Groothoff, J., ... Craig, J. (2012). The assessment of efforts to return to work in the European Union. *The European Journal of Public Health*, 20(6), 689–694. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckp244>
- Muijzer, A., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H. B., & Brouwer, S. (2011). Influence of Efforts of Employer and Employee on Return-to-Work Process and Outcomes. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 513–519. <http://doi.org/10.1007/s10926-011-9293-5>
- Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarín, M. I., & Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 950–8. <http://doi.org/10.1093/IJE/DYG170>
- Muñoz, R., Aguilar-Gaxiola, S., & Guzmán, J. (2000). *Manual de terapia individual para el tratamiento cognitivo-conductual de depresión*. (Rand, Ed.). Retrieved from http://www.academia.edu/download/43310601/manual_adultos_.pdf

- Murray, C. J. L., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A. D., Michaud, C., ... Memish, Z. A. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*, 380(9859), 2197–223. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61689-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61689-4)
- Muschalla, B., Linden, M., & Jöbges, M. (2016). Work-anxiety and sickness absence after a short inpatient cognitive behavioral group intervention in comparison to a recreational group meeting. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58(4), 398–406. Retrieved from http://journals.lww.com/joem/Abstract/2016/04000/Work_Anxiety_and_Sickness_Absence_After_a_Short.13.aspx
- Mykletun, A., Overland, S., Dahl, A. A., Krokstad, S., Bjerkeset, O., Glozier, N., ... Prince, M. (2006). A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1412–1418. <http://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1412>
- Naidu, V. V., Giblin, E., Burke, K. M., & Madan, I. (2016). Delivery of cognitive behavioural therapy to workers: a systematic review. *Occupational Medicine*, 66(2), 112–117. <http://doi.org/10.1093/occmed/kqv141>
- Nash-Wright, J. (2011). Dealing With Anxiety Disorders in the Workplace. *Professional Case Management*, 16(2), 55–59.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Navarro, C., & Chicano, S. (2003). La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión.

Medifam, 13(1), 37–42. Retrieved from

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000100005

Navarro Peñalver, A. N. (2014). Valoración médica de la incapacidad laboral por los

facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS). *Med Segur Trab (Internet)*, 1, 17–24.

Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. (2013).

Worry and Generalized Anxiety Disorder: A Review and Theoretical Synthesis of Evidence on Nature, Etiology, Mechanisms, and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 275–297. <http://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>

Natinonal Institute for Clinical Excellence. (2004a). Depression: Management of depression in primary and secondary care (clinicalguide23).

London,UK:NationalInstituteForClinicalExcellence.www.nice.org.

Natinonal Institute for Clinical Excellence. (2004b). Anxiety: Management of anxiety (panic disorder, with and without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, seondary and community care (clinical guidance 22). London, UK: National Institute for Clinical Excellence.

Natinonal Institute for Clinical Excellence. (2005a). Obsessive-compulsive disorder: Core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder (clinical guideline 31). London, UK: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.

- National Institute for Clinical Excellence. (2005b). Post-traumatic stress disorder (ptsd): The management of ptsd in adults and children in primary and secondary care (clinical guideline 26). London, UK: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.
- National Institute for Clinical Excellence. (2006). Computerized cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: Technology appraisal 97. London, UK: National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.
- National Institute for Clinical Excellence. (2011). Common mental health disorders. Identification and pathway to care. National Institute for Health and Care excellence. Clinical guideline 123. London: NICE.
- Nielsen, M. B. D., Madsen, I. E. H., Bültmann, U., Christensen, U., Diderichsen, F., Rugulies, R., ... Bech, P. (2011). Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. *European Journal of Public Health*, 21(6), 806–11. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckq171>
- Nieuwenhuijsen, K., A M Verbeek, J. H., M J Siemerink, J. C., & Tummers-Nijssen, D. (2003). Quality of rehabilitation among workers with adjustment disorders according to practice guidelines; a retrospective cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(Suppl I), i21 i25.
- Nieuwenhuijsen, K., Bültmann, U., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Verbeek, J. H., & Feltz-Cornelis, C. M. (2008). Interventions to improve occupational health in depressed people. In K. Nieuwenhuijsen (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

<http://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub2>

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H. A. M., de Boer, A. G. E. M., Blonk, R. W. B., & van Dijk,

F. J. H. (2004). Supervisory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 61(10), 817–23. <http://doi.org/10.1136/oem.2003.009688>

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Gem De Boer, A., Blonk, R. W., & Jh Van Dijk, F.

(2006). Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health*, 32(1).

Noordik, E., Van Dijk, F. J., Nieuwenhuijsen, K., & Van Der Klink, J. J. (2009). BMC Public

Health Effectiveness and cost-effectiveness of an exposure-based return-to-work programme for patients on sick leave due to common mental disorders: design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 9(9).

<http://doi.org/10.1186/1471-2458-9-140>

Oliva-Moreno, J., López-Bastida, J., Montejo-González, A. L., Osuna-Guerrero, R., &

Duque-González, B. (2009). The socioeconomic costs of mental illness in Spain. *European Journal Health Economics*, 10, 361–369. <http://doi.org/10.1007/s10198-008-0135-0>

Organización Mundial de la Salud (2015). La OMS simplifica el tratamiento de los trastornos mentales y neurológicos. Centro de prensa de la OMS, Recuperado de 250

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/mental_health_20101007/es/.

Nota de prensa leído el 17/09/15.

- Organización Mundial de la Salud.. *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. (2013).
WHO. World Health Organization. Retrieved from
www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Öst, L., & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 777–790.
 Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796799000959>
- Otto, M., Smits, J., & Reese, H. (2004). La terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 34–41. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Jasper_Smits/publication/8624771_Cognitive-behavioral_therapy_for_the_treatment_of_anxiety_disorders/links/00b4951df5099e4d3a000000.pdf
- Øyeflaten, I., Lie, S. A., Ihlebæk, C. M., & Eriksen, H. R. (2014). Prognostic Factors for Return to Work, Sickness Benefits, and Transitions Between These States: A 4-year Follow-up After Work-Related Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), 199–212. <http://doi.org/10.1007/s10926-013-9466-5>
- Pastrana-Jiménez, J. I., Fernández-Labandera, C., Ramos-Muñoz, R., & Carrasco-Perera, J. L. (2013). Características clínicas y sociolaborales de pacientes psiquiátricos al término de la incapacidad temporal por contingencia común. *Medicina Y Seguridad Del Trabajo*, 59(231), 205–226. <http://doi.org/10.4321/S0465-546X2013000200003>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Plaisier, I., Beekman, A. T. F., de Graaf, R., Smit, J. H., van Dyck, R., & Penninx, B. W. J. H. (2010). Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: The role of specific psychopathological characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 125(1), 198–206. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.072>

Pomaki, G., Franche, R., & Murray, E. (2012). Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 182–195. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10926-011-9338-9>

Prang, K.-H., Bohensky, M., Smith, P., & Collie, A. (2016). Return to work outcomes for workers with mental health conditions: A retrospective cohort study. *Injury*, 47(1), 257–265. <http://doi.org/10.1016/j.injury.2015.09.011>

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)

Rajmil, L., Gispert Magarolas, R., Roset Gamisans, M., Muñoz Rodríguez, P. E., & Segura Benedito, A. (1998). Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gaceta Sanitaria*, 12(4), 153–159. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(98\)76465-9](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(98)76465-9)

- Rebergen, D., Bruinvels, D., Bezemer, P., van der Beek AJ, & van Mechelen, W. (2009). Guideline-based care of common mental disorders by occupational physicians (CO-OP study): a randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(3), 305–312. Retrieved from http://journals.lww.com/joem/Abstract/2009/03000/Guideline_Based_Care_of_Common_Mental_Disorders_by.4.aspx
- Rebergen, D., Bruinvels, D., Bos, C., van der Beek, A., & van Mechelen, W. (2010). Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems- process evaluation of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 488–498. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/41151521>
- Rebergen, D., Bruinvels, D., van Tulder, M., van der Beek, A., & van Mechelen, W. (2009). Coste-efectividad de la atención basada en la guía para los trabajadores con problemas de salud mental. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(3), 313–322. Retrieved from http://journals.lww.com/joem/Abstract/2009/03000/Cost_Effectiveness_of_Guideline_Based_Care_for.5.aspx
- Rebergen, D., Hoenen, J., Heinemans, A., Bruinvels, D., Bakker, A., & van Mechelen, W. (2006). Adherence to mental health guidelines by Dutch occupational physicians. *Occupational Medicine*, 56(7), 461–468. <http://doi.org/10.1093/occmed/kql042>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Resick, P., & Schnicke, M. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual. Retrieved from
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6vp7vedC3Y4C&oi=fnd&pg=PR9&dq=Resick+y+Schnicke,+1993&ots=GH-f-ulxWw&sig=1biRium_Ka9XQ7R6OT-S0T1Ahaw

Richards, D., & Suckling, R. (2009). La mejora del acceso a las terapias psicológicas: Fase IV estudio de cohorte prospectivo. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(4), 377–396.
Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/014466509X405178/full>

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(Número 3), 389–395.

Rocha, K., Muntaner, C., Solar, O., & Borrell, C. (2014). , factores de riesgo psicosocial en el trabajo y su asociación con la salud autopercebida y mental en Chile Social class, psychosocial occupational risk factors, *Cad. Saúde*. Retrieved from
http://www.academia.edu/download/46380592/Social_class_psychosocial_occupational_r20160610-4226-louqexz.pdf

Roelen, C. A. M., Norder, G., Koopmans, P. C., van Rhenen, W., van der Klink, J. J. L., & Bültmann, U. (2012). Employees Sick-Listed with Mental Disorders: Who Returns to Work and When? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 409–417.
<http://doi.org/10.1007/s10926-012-9363-3>

- Royo-Bordonada, M. A. (1999). La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 13(3), 177–184. [http://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71348-8](http://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71348-8)
- Rymaszewska, J., Jarasznawak, J., Kiejna, A., Kallert, T., Scgytzwohl, M., Priebe, S., ... Raboch, J. (2007). Social disability in different mental disorders. *European Psychiatry*, 22(3), 160–166. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.11.006>
- Salkever, D. S., Shinogle, J. A., & Goldman, H. (2003). Return to Work and Claim Duration for Workers with Long-Term Mental Disabilities: Impacts of Mental Health Coverage, Fringe Benefits, and Disability Management. *Mental Health Services Research*, 5(3), 173–186. <http://doi.org/10.1023/A:1024495402862>
- Sampere, M., Gimeno, D., Serra, C., Plana, M., López, J. C., Martínez, J. M., ... Benavides, F. G. (2012). Return to Work Expectations of Workers on Long-Term Non-Work-Related Sick Leave. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 15–26. <http://doi.org/10.1007/s10926-011-9313-5>
- Sampere Valero, M. (2011, November 25). Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común de larga duración. Análisis de los factores pronóstico. Universitat Pompeu Fabra. Retrieved from <http://www.tdx.cat/handle/10803/77904>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T., & Santed, M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37–51. Retrieved from <http://www.uniovi.es/~psicothema/article/view/7556>

Sanz, J., García-Vera, M., Espinosa, R., & Fortún, M. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica Y Salud*, 16(2), 121–142. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Sanz4/publication/235428300_Adaptacin_espaola_del_inventario_para_la_depresin_de_Beck-II_\(BDI-II\)_2_Propiedades_psicomtricas_en_pacientes_con_trastornos_psicologicos/links/004635286284977095000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Sanz4/publication/235428300_Adaptacin_espaola_del_inventario_para_la_depresin_de_Beck-II_(BDI-II)_2_Propiedades_psicomtricas_en_pacientes_con_trastornos_psicologicos/links/004635286284977095000000.pdf)

Sanz, J., & Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad Estrés*, 9(1), 59–84. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/ontologiauy/resource/es/ibc-22883>

Schene, A. ., Koeter, M. ., Kikkert, M., Swinkels, J., & McCrone, P. (2007). Adjuvant occupational therapy for work-related major depression works: randomized trial including economic evaluation. *Psychological Medicine*, 37(3), 351. <http://doi.org/10.1017/S0033291706009366>

- Schröer, C. A. P., Janssen, M., Amelsvoort, L. G. P. M. van, Bosma, H., Swaen, G. M. H., Nijhuis, F. J. N., & Eijk, J. van. (2005). Organizational Characteristics as Predictors of Work Disability: A Prospective Study Among Sick Employees of For-Profit and Not-For-Profit Organizations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(3), 435–445.
<http://doi.org/10.1007/s10926-005-5948-3>
- Schultz, I. Z., Chlebak, C. M., & Law, A. K. (2016). Bridging the Gap: Evidence-Informed Early Intervention Practices for Injured Workers with Nonvisible Disabilities. In Suchultz & Gatchel (Ed.), *Bridging the Gap: Evidence-Informed Early Intervention Practices for Injured Workers with Nonvisible Disabilities* (2016th ed., pp. 223–253). New York: Springer US. http://doi.org/10.1007/978-1-4899-7627-7_13
- Segal, D. L., & L., D. (2010). Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV (DIS-IV). In *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.
<http://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0273>
- Seligman, M. E. (1995). *No puedo ser más alto pero puedo ser mejor : el tratamiento más adecuado para cada trastorno*. Grijalbo Mondadori. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=243508>
- Shelton, R. C. (2009). Long-term management of depression: tips for adjusting the treatment plan as the patient's needs change. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70 Suppl 6, 32–7.
<http://doi.org/10.4088/JCP.8133su1c.05>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Shiels, C., & Gabbay, M. (2006). The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Family Practice*, 23(2), 246–52.
<http://doi.org/10.1093/fampra/cmi110>

Shiels, C., Gabbay, M., & Ford, F. (2004). Los factores del paciente asociados con la duración de las bajas por enfermedad certificada y la transición a una incapacidad a largo plazo. *Br J Gen Pract*, 54(499), 86–91. Retrieved from <http://bjgp.org/content/54/499/86.short>

Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Gutiérrez-Nicuesa, L., Salvatella-Pasant, J., & Navarro-Artieda, R. (2010). Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 13–19.
<http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.05.012>

Sicras Mainar, A., Rojas Gutiérrez, J., Navarro Artieda, R., Serrat Tarrés, J., Blanca Tamayo, M., & Díaz Cerezo, S. (2007). Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21(6), 306–313.

Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24(2), 107–139.
<http://doi.org/10.1080/02678373.2010.495262>

- Skouen, J., & Kvåle, A. (2009). Different outcomes in subgroups of patients with long-term musculoskeletal pain. *Norsk Epidemiologi*, 16(2), 127–135. Retrieved from <http://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/195>
- Sogaard, H. J., & Bech, P. (2009). Psychiatric disorders in long-term sickness absence -- a population-based cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(7), 682–689. <http://doi.org/10.1177/1403494809344357>
- Solomon, C., Poole, J., Palmer, K. T., & Coggon, D. (2007). Health-related job loss: findings from a community-based survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 64(3), 144–9. <http://doi.org/10.1136/oem.2005.024257>
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Head, J., Ferrie, J., & Shipley, M. (1997). Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(1), 73–81. [http://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00001-9](http://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00001-9)
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999a). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56(5), 302–307.
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., Shipley, M. J., & Marmot, M. G. (1999b). Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 56(5), 302–7. <http://doi.org/10.1136/OEM.56.5.302>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Torá, I. (2013). Historia natural y factores determinantes de la duración de las incapacidades temporales por contingencia común en trabajadores afiliados a la Seguridad Social (Tesis Doctoral) Recuperada de <http://www.upf.edu/bibtic/es/novetats/historic/140602.html>.

Tortella-Feliu, M., Bã Nos, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., ... Vázquez, C. (2016). Clínica y Salud Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica Y Salud*, 27, 37–43.
<http://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>

Trull, T. J., Nietzel, M. T., & Main, A. (1988). The use of meta-analysis to assess the clinical significance of behavior therapy for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 19(4), 527–538.
[http://doi.org/10.1016/S0005-7894\(88\)80021-2](http://doi.org/10.1016/S0005-7894(88)80021-2)

Vaez, M., Rylander, G., Nygren, Å., Åsberg, M., Alexanderson, K., Weeghel, J. van, ... Verhaak, P. (2007). Sickness absence and disability pension in a cohort of employees initially on long-term sick leave due to psychiatric disorders in Sweden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 381–388.
<http://doi.org/10.1007/s00127-007-0189-9>

Valencia Agudo, F., García Haro, J., Gimeno Peón, A., Pérez Zabalza, A., Eugenia de la Viuda Suárez, M., & Interno Residente Psicólogo Clínico, P. (2014). Análisis de la demanda en Salud Mental en el Principado de Asturias: Características de la demanda y respuesta asistencial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 34(124), 741–752. <http://doi.org/10.4321/S0211-57352014000400007>

- van Beurden, K. M., M Brouwers, E. P., W Joosen, M. C., Terluin, B., L van der Klink, J. J., & van Weeghel, J. (2013). Effectiveness of guideline-based care by occupational physicians on the return-to-work of workers with common mental disorders: design of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, *13*. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-193>
- van Beurden, K. M., van der Klink, J. J. L., Brouwers, E. P. M., Joosen, M. C. W., Mathijssen, J. J. P., Terluin, B., & van Weeghel, J. (2015). Effect of an intervention to enhance guideline adherence of occupational physicians on return-to-work self-efficacy in workers sick-listed with common mental disorders. *BMC Public Health*, *15*(1), 796. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-2125-3>
- van den Brink, R. H. S., Ormel, J., Tiemens, B. G., Smit, A., Jenner, J. A., van der Meer, K., ... Locke, B. Z. (2002). Predictability of the one-year course of depression and generalized anxiety in primary care. *General Hospital Psychiatry*, *24*(3), 156–63. [http://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00183-4](http://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00183-4)
- van der Feltz-Cornelis, C. M., Hoedeman, R., de Jong, F. J., Meeuwissen, J. A., Drewes, H. W., van der Laan, N. C., & Adèr, H. J. (2010). Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *6*, 375–85. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20856601>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & van Dijk, F. J. H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(6), 429–37. <http://doi.org/10.1136/OEM.60.6.429>

van der Klink, J., & van Dijk, F. (2003). Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(6), 478–487. Retrieved from http://www.jstor.org/stable/40967326?seq=1#page_scan_tab_contents

van Oostrom, S. H., van Mechelen, W., Terluin, B., de Vet, H. C. W., & Anema, J. R. (2009). A Participatory Workplace Intervention for Employees With Distress and Lost Time: A Feasibility Evaluation Within a Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(2), 212–222. <http://doi.org/10.1007/s10926-009-9170-7>

Vaquero Abellán, M., Lorente Millán, M. C., Bernárdez Jiménez, M. L., Bermudo Parra, S., Limón Fernández, A., & López Pérez, A. (2013). La influencia de factores individuales, relacionados con el trabajo, socioeconómicos y de organización del sistema sanitario sobre la duración de la incapacidad temporal. *Trauma*, ISSN 1888-6116, Vol. 24, N° 4, 2013, Págs. 249-257, 24(4), 249–257.

Vázquez, C., Rahona, J., Gómez, D., Caballero, F., & Hervás, G. (2015). Un estudio representativo nacional del impacto relativo de los problemas físicos y psicológicos en la satisfacción con la vida. *Journal of Happiness Studies*, 16(1), 135–148. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s10902-014-9501-z>

- Vermeulen, S. J., Anema, J. R., Schellart, A. J., van Mechelen, W., & van der Beek, A. J. (2009). Intervention mapping for development of a participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders. *BMC Public Health*, 9(1), 216. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-9-216>
- Vicente-Herrero, M. T., Terradillos García, M. J., Capdevila Garcia, L. M., Ramírez Iñiguez De La Torre, M. V., & López-González, Á. A. (2013). La incapacidad temporal en España por algunas enfermedades psiquiátricas. (Trastornos esquizofrénicos, trastorno bipolar y trastornos ansiosos, depresivos y adaptativos). *Revista Médica de Chile*, 141(2), 248–254. <http://doi.org/10.4067/S0034-98872013000200015>
- Villaplana García, M. (2014). Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo. *Med Segur Trab (Internet)*, 1, 65–73.
- Villaplana García, M., Sáez Navarro, C., Meseguer de Pedro, M., & García-Izquierdo, M. (2015). Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España. *Atención Primaria*, 47(2), 90–98. <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.010>
- Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Adèr, H. J., Anema, J. R., Hoedeman, R., van Mechelen, W., & Beekman, A. T. F. (2013). Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(4), 223–30. <http://doi.org/10.1136/oemed-2012-100793>

Eficacia de la intervención temprana con TCC en personas con Incapacidad Temporal con TMC.

Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., Bültmann, U., Beekman, A. T. F., van Mechelen, W., Hoedeman, R., & Anema, J. R. (2012). Predicting Return to Work in Workers with All-Cause Sickness Absence Greater than 4 Weeks: A Prospective Cohort Study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 118–126.
<http://doi.org/10.1007/s10926-011-9326-0>

Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Brouwers, E. P. M., van Lomwel, A. G. C., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Return-to-Work Self-Efficacy and Actual Return to Work Among Long-Term Sick-Listed Employees. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 423–431. <http://doi.org/10.1007/s10926-014-9552-3>

Wang, P. S., Simon, G. E., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E. J., McCulloch, J., ... Kessler, R. C. (2007). Telephone Screening, Outreach, and Care Management for Depressed Workers and Impact on Clinical and Work Productivity Outcomes. *JAMA*, 298(12), 1401. <http://doi.org/10.1001/jama.298.12.1401>

Wasiak, R., Young, A. E., Roessler, R. T., McPherson, K. M., van Poppel, M. N. M., & Anema, J. R. (2007). Measuring Return to Work. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(4), 766–781. <http://doi.org/10.1007/s10926-007-9101-4>

Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social*, 54(6), 1063. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1988-31508-001>

- Wendt, J. K., Tsai, S. P., Bhojani, F. A., & Cameron, D. L. (2010). The Shell Disability Management Program: A Five-Year Evaluation of the Impact on Absenteeism and Return-on-Investment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(5), 544–550. <http://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181dbc8c2>
- White, M., Wagner, S. Williams-Whitt, K., Koehn, C.V., Kube, D., Cornacchia, M., et al. (2015). Workplace intervention research: Disability prevention, disability management and work productivity. In Schultz I.Z. & Gatchel R.J. (Eds). *Handbook of return to work: From research to practice*. New York: Springer.
- World Health Organization. (2011). Library Cataloguing-in-Publication Data: O Library Cataloguing-in-Publication Data. *World Health. I. World Health Organization. ISBN, 979(9)*, 92–4. Retrieved from <http://www.who.int/about/licensing/copyrig>
- Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 357–376. <http://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- Wright, M. (1997). Long-term sickness absence in an NHS teaching hospital. *Occupational Medicine*, 47(7), 401–406. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.585.8610&rep=rep1&type=pdf>

- .Wuthrich, V., Rapee, R., & ... M. K. (2016). Randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy compared to a discussion group for co-morbid anxiety and depression in older adults. *Psychological Medicine*, 46(4), 785–795. Retrieved from http://journals.cambridge.org/abstract_S0033291715002251

